



UNIVERSIDADE DO MINHO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Ano letivo 2016/2017 – 4º Ano

Autora: Rivanilda Soraia Sousa Fernandes, N.º 2829

Mindelo, Setembro 2016

**Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos
para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.**

Vivência e sentimentos do portador de VIH/SIDA face a sua doença

Discente: Rivanilda Fernandes Nº 2829

Orientador: Enf^a Telma Monteiro

DEDICATÓRIA

Dedico este Trabalho de Conclusão de Curso de Licenciatura em Enfermagem em especial a minha mãe que me apoiou incansavelmente durante este percurso e aos meus irmãos que de uma forma ou de outra apoiaram-me durante estes 4 anos de curso.

AGRADECIMENTOS

A elaboração deste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) não seria possível sem o auxílio e a participação dos entes queridos e de pessoas competentes. Por isso, gostaria de agradecer a todas as pessoas que de forma direta ou indiretamente me apoiaram na elaboração do mesmo.

Em primeiro lugar queria agradecer a Deus por estar sempre ao meu lado, principalmente nas horas mais difíceis.

A minha mãe, ao meu pai e aos meus irmãos que me apoiam nos momentos em que mais precisei, por aquilo que fizeram por mim durante estes 4 anos de curso.

Ao meu tio que disponibilizou-me a sua casa para permanecer durante os 4 anos de formação.

Agradeço em especial a minha orientadora Enfermeira Telma Monteiro pela forma como apoiou-me e incentivou-me, e pela dedicação e interesse em satisfazer as minhas necessidades durante a elaboração do trabalho.

Um especial agradecimento também para o Presidente da Associação de Seropositivo de São Vicente pelo apoio na realização das entrevistas e aos entrevistados que contribuíram com disposição e aceitação para a realização da entrevista, de forma a concretizar o trabalho.

E aos restantes familiares que de uma forma ou de outra, me apoiaram e incentivaram-me durante o percurso.

Muito obrigada á todos!

EPÍGRAFE

“Estamos todos a ficar loucos, vivendo esta epidemia minuto a minuto, enquanto o resto do mundo continua lá fora, todos a nossa volta, como se nada estivesse a acontecer, continuando a viver as suas vidas sem se aperceberem como isto é, tudo o que estamos a passar.

Vivemos em tempo de guerra, mas onde eles vivem é tempo de paz e estamos todos no mesmo país”.

Larry Kramer, “The Normal Heart”

ÍNDICE

Introdução.....	13
Justificativa/ problemática	15
Objetivos:.....	22
Objetivo geral	22
Objetivos específicos:	22
CAPÍTULO I: FASE CONCETUAL.....	23
1.1. Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's)	24
1.2. História de VIH/SIDA	25
1.2.1. Conceitos VIH/SIDA.....	27
1.2.2. Classificação do VIH.....	28
1.2.3. Transmissão de VIH/SIDA.....	29
1.2.4. Manifestações clínicas sinais/sintomas	32
1.3. O utente portador de VIH/SIDA	33
1.3.1. Os sentimentos.....	33
1.3.2. O portador de VIH/SIDA e a família /amigos	35
1.3.3. O portador do VIH/SIDA e a sociedade /trabalho.....	37
1.4. . Estigma e discriminação	38
1.5. . Cuidados de enfermagem ao portador de VIH/SIDA	41
1.5.1 Teoria de Dorothea Orem	42
1.5.2 Intervenções de enfermagem ao portador de VIH/SIDA.....	44
1.6. Prevenção e promoção na luta contra o VIH/SIDA.....	46
CAPÍTULO II: FASE METODOLÓGICA	50
2.1. Fundamentação Metodológica	51
2.1.1. Tipo de estudo	51
2.1.2. Caraterização do Campo Empírico.....	52
2.1.3. População alvo.....	53
2.1.4. Instrumento da Colheita de Dados	54
2.1.5. Procedimentos Éticos	54
3.1. Análise e apresentação dos resultados	57
3.1.1. Apresentação dos resultados a entrevista	57

3.1.2. Conclusão dos resultados	64
4. CONCLUSÃO.....	67
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS	70
APÊNDICE	77

LISTA DE FIGURAS

Ilustração 1: as três epidemias	19
---------------------------------------	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:Prevalência do VIH em alguns países CPLP	17
Tabela 2:Fatores de risco para a transmissão de mãe para filho de VIH/SIDA	31
Tabela 3:Apresentação as manifestações clínicas de VIH/SIDA	32
Tabela 4: Principais diagnósticos de enfermagem de NANDA e NIC.....	45
Tabela 5: Caraterização dos utentes portadores de VIH/SIDA.	58

RESUMO

O Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (VIH/SIDA), é uma doença crónica, que constitui um problema de saúde pública em todo mundo, chegando a ser alarmante em alguns países principalmente nos países Africanos. Em Cabo Verde, conforme os dados estatísticos, a percentagem de população infetada pelo vírus é cerca de 0,8%.

A descoberta do diagnóstico do VIH/SIDA tem como resposta os múltiplos sentimentos gerados pelo portador devido a sua fragilidade cognitiva em incorporar o diagnóstico. A trajetória da doença abrange e afeta o portador do VIH/SIDA como também a sua vivência com a família, os amigos a sociedade e o trabalho, podendo levar ao apoio como também a rejeição, com atos discriminatório e estigmatizantes.

O VIH/SIDA ainda não tem cura, desta feita mostra-se que a melhor forma de combater a transmissão, é atuar na prevenção, transmitindo informações e partilhar conhecimentos, para evitar que a infeção se propaga.

O estudo tem como tema “Vivência e sentimentos dos utentes portadores de VIH/SIDA, face a sua doença, em que delineou-se como objetivo geral, conhecer a vivência e os sentimentos dos utentes portadores de VIH/SIDA, face a doença. Optou-se por um estudo qualitativo, descritivo e exploratório com uma abordagem fenomenológica, sendo que o método de recolha de informações foi uma entrevista semiestruturada. A população alvo deste estudo foi constituída por cinco (5) utentes portadores de VIH/SIDA inscritos na Associação de Seropositivos VIH/SIDA de São Vicente.

Na análise dos resultados mostra que os entrevistados têm perceção sobre a doença em si, em que cada um apresenta uma forma diferente de viver a doença tanto a nível familiar, como com os amigos, na sociedade e no trabalho, alguns sendo vítimas de preconceitos derivado da não-aceitação da doença. Observou-se que os sentimentos desenvolvidos pelos utentes são reversos e depende da forma como incorporam psicologicamente o diagnóstico. Um outro achado importante é o fato das intervenções de enfermagem serem insuficientes, faltando a parte humana nesses cuidados.

Palavras-Chave: VIH/SIDA; Uteute portador de VIH/SIDA - Vivência e Sentimentos; Cuidados de Enfermagem.

SUMMARY

The Human Immunodeficiency Virus / Acquired Immunodeficiency Syndrome (HIV/AIDS) is a chronic disease, which is a worldwide public health problem, being alarming in some countries mostly in the African countries. In Cape Verde, according to the statistics, the percentage of infected people is about 0,8 %.

The discovery of the HIV/AIDS infection's diagnosis has as answer the multiple feelings shown by the HIV positive person because of his/ her cognitive fragility incorporating the diagnosis. The trajectory of the disease is extended to and affects the HIV positive people as much as their relationship with their family, friends, society and work, bringing the support or rejection, with discriminative and stigmatized behavior.

The HIV/AIDS is a disease which still hasn't got a cure, this way the only way to avoid the transmission of the virus is to focus on the control and prevention, giving information and sharing knowledge to avoid the propagation of the infection.

The study has the theme " Experience and feelings of patients users of HIV / AIDS, face their disease, de São Vicente. We chose a study qualitative, descriptive and exploratory method with a phenomenological approach, using a semistructured interview as the method of data collection. The main target of this study was formed by five (5) HIV positive individuals signed in the Associação de Seropositive de São Vicente.

The analysis of the results shows that the interviewed people have a perception of the disease itself, in which each of them shows a different way to deal with it in relation to the family, friends, society and at work, suffering sometimes from prejudice because of the difficulty in accepting the disease. It was observed that the feelings shown by the users are reverse and it depends on the way they incorporate the diagnosis. Another important finding is the fact that the nursing services are not enough for these users lacking the human part in these caring services.

Key words: HIV / AIDS; User HIV carrier / AIDS - Experience and Feelings; Nursing care

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

ADN - Ácido Desoxirribonucleico

CCS-SIDA - Comité de Coordenação da Luta Contra Sida

CPLP - Comunidade dos Países de Língua Portuguesa

CD4 - Grupamento de diferenciação de 4

DNA - Ácido Desoxirribonucleico

DST - Doença Sexualmente Transmissível

FNUAP - Fundo da População das Nações Unidas

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association

NIC - Classificação de intervenções de enfermagem

NHF - Necessidades Humanas Fundamentais

MSCV - Ministério de Saúde de Cabo Verde

PNDS - Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário

SIDA - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

SIV - Vírus da Imunodeficiência Símia

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONUSIDA - Programa das Nações Unidas para o VIH/SIDA

OIT - Organização Internacional de Trabalho

VIH - Vírus de Imunodeficiência Humana

VIH1 - Vírus de Imunodeficiência Humana do Tipo1

VIH2 - Vírus de Imunodeficiência Humana do Tipo 2

ONU - Organização das Nações Unidas

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

Introdução

O presente trabalho surge como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade do Mindelo. Com este trabalho de investigação pretende-se promover a construção de uma postura ideal perante a procura constante do saber científico ao longo da nossa carreira profissional.

O tema elegido é “Vivência e sentimentos dos utentes portadores de VIH/SIDA face a sua doença”. Este tem como objetivo geral conhecer a vivência e os sentimentos dos utentes portadores de VIH/SIDA.

O interesse pelo estudo desta temática surgiu no decorrer dos primeiros ensinos clínicos, despertando a vontade em aprofundar o conhecimento sobre essa temática, sendo que o VIH/ SIDA é um problema de saúde pública reverso em todo o mundo.

É conhecido em todo mundo como uma doença de caráter crónico, e em evolução, uma vez que a taxa de incidência continua a subir, constituindo uma das causas de morte entre toda a população. Devido a essa problemática achou-se pertinente conhecer alguns aspetos importantes que fazem parte da vida do portador de VIH/SIDA, destacando, o quotidiano e seus sentimentos.

Este estudo é pertinente pois, para além de aprofundar conhecimentos, adquirir novas competências, conhecer o quotidiano de alguns destes portadores, serve também como uma forma de mostrar a importância dos enfermeiros nos cuidados de enfermagem, visto que não emerge só cuidado técnico mas também emocional, social, cultural, económico, isto é, apoiando o utente no seu todo.

O trabalho está organizado em três capítulos bem definidos: O primeiro capítulo será composto pela fase concetual onde serão abordados os principais conceitos inerentes à compreensão da temática exposta “Vivência e sentimentos do utente portador de VIH/SIDA, face a sua doença”.

Já no segundo capítulo tratar-se-á da fase metodológica onde estará explícito o tipo de estudo, o campo empírico, a seleção dos participantes, instrumentos da colheita de dados e os procedimentos éticos.

O terceiro e último capítulo, trata-se a fase empírica onde será apresentado a análise de dados que estará composto pela apresentação dos resultados achados que por sua vez, será constituído pelos conceitos inerentes ao tema em estudo, sentimentos dos utentes portadores de VIH/SIDA, vivência dos utentes portadores de VIH/SIDA,

práticas de saúde dos utentes portadores de VIH/SIDA, cuidados de saúde/enfermagem prestados aos utentes portadores de VIH/SIDA e por fim a conclusão da análise de dados.

Posteriormente estarão as considerações finais, algumas propostas, as referências bibliográficas e apêndices.

Devido as situações contextuais, dado ao nosso país, e a sua situação económica e demográfica foi encontrada algumas delimitações para a elaboração do trabalho, como dificuldade em encontrar bibliografias recentes sobre o tema, dificuldade em estabelecer o diálogo entre os utentes portadores de VIH/SIDA, como forma de os conscientiza-los sobre a importância do tema em estudo e da sua participação, dificuldade na conciliação de tempo entre a pesquisadora e os participantes para a realização das entrevistas, uma vez que alguns dos entrevistados trabalham.

Para a elaboração do trabalho seguiu-se as normas de redação do conselho científico da Universidade do Mindelo, com base no livro, “Introdução à Investigação Científica, guia para investigar e redigir”, tendo como autor o Magnífico Reitor da Universidade do Mindelo, Albertino Graça.

Justificativa/ problemática

A escolha do tema vai de encontro ao interesse pessoal, nas vivências académicas, tendo a oportunidade de conviver no dia a dia com utentes portadores de VIH/SIDA, em que constatou-se que o preconceito relacionado com a doença, faz com que os utentes não se revelem, guardando em seus interiores, sentimentos que são na maioria das vezes negativas, e isto, com medo de serem estigmatizados /descriminados por todos que os rodeiam.

Desta forma despertou-se a curiosidade em conhecer a vivência dos utentes inscritos na Associação de Seropositivos VIH/SIDA (Abraço) em São Vicente. Conhecer o seu quotidiano principalmente no que toca aos familiares aos amigos e a sociedade, pois, os utentes portadores de VIH/SIDA muitas vezes apresentam-se como pessoas frágeis, não estão preparados psicologicamente para enfrentar a doença, necessitando de apoio e auxílio dos componentes do seu mundo.

Pretende-se conhecer qual é o dia a dia dos utentes portadores VIH/SIDA, uma vez que muitos sofrem de discriminação e estigma. Pois são dois aspetos marcantes que estão relacionados com os portadores em que muitos têm vindo a sofrer, o que, afeta por integral a saúde do portador.

Ainda por motivos pessoais, surge como uma forma oportuno de ampliar conhecimentos e de reter competências profissionais tais como a comunicação terapêutica, que é um aspeto importante para um futuro profissional de saúde de modo a estar preparada para lidar com utentes portadores de VIH/SIDA, vendo-o em todos os aspetos, social, económico, cultural, espiritual, emocional, entre outros.

É de salientar também que o interesse surgiu uma vez que, perante estas situações, é necessário que os enfermeiros estejam devidamente preparados para a prestação dos cuidados nestes utentes, tendo capacidade de lidar com os mesmos, de saber acompanhá-los e cuidá-los em todas as vertentes, sejam elas social, económico, cultural, espiritual, emocional. Ressaltar ainda que estes cuidados devem ser prestados por uma equipa multidisciplinar, garantindo um maior bem-estar e conforto, assim como melhorias na qualidade de vida dos mesmos.

Este deve também auxiliar e prestar os cuidados voltados ao utente de forma que se sinta encorajado para cuidar de si, ou seja, em auto-cuidarse, para que a doença não se agrave, originando em morte.

Uma vez que o VIH faz parte do grupo das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), convém fazer uma breve abordagem acerca das IST's no mundo, pois estes afetam milhões de pessoas em todo mundo o que intensifica a procura dos cuidados de saúde.

Assim, não se pode falar do VIH/SIDA, sem antes falar das IST's, das quais muitos países têm vindo a construir um serviço nacional de saúde acessível de forma a controlar as mesmas, na medida em que o VIH é um problema de saúde pública em todo mundo, tanto nos países desenvolvidos como nos países em vias de desenvolvimento.

Os casos das IST's têm vindo a aumentar tanto na taxa de prevalência como na de incidência, defendendo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) que estas se encontram entre as causas mais comuns de doença no mundo e com diversas consequências, em vários países. Tais consequências são de natureza sanitária, social e económica. Nesta mesma linha de pensamento, o Ministério de Saúde de Brasil (2008, p. 11), refere que, a nível mundial, as IST's são consideradas “como um dos problemas de saúde mais comuns, e embora se desconheça sua real magnitude, estima-se que nos países em desenvolvimento constituem uma das cinco causas mais frequentes de busca por serviços de saúde”.

Autores como Junior, Shiratsu e Pinto (2009) referem que, no ano de 1999, a OMS estimou cerca de 340 milhões de casos novos por ano de IST's curáveis em todo o mundo, em que estes prevaleciam mais entre indivíduos com idade de 15 a 49 anos, e que destes, 10 a 12 milhões eram casos de Brasil.

Complementando, o Ministério de Saúde do Brasil (2015) afirma que em 2013, a OMS estimou-se mais de um milhão de pessoas com um IST e que a cada ano, estima-se que 500 milhões de pessoas adquiram uma das IST's curáveis (gonorreia, clamídia, sífilis e tricomoníase). Da mesma forma, estima-se que 530 milhões de pessoas estejam infetadas com o vírus do herpes genital e que mais de 290 milhões de mulheres estejam infetadas pelo HPV. E, relativamente a sífilis na gravidez “causa aproximadamente 300.000 mortes fetais e neonatais/ano e coloca 215.000 RN sob o risco de morte prematura, baixo peso ao nascimento ou sífilis congénita” (Ministério de Saúde do Brasil, 2015, p. 21).

Assim, considerando que o VIH/SIDA tem sido a preocupação de todos, em todo mundo, constituindo um problema de saúde pública que continua a afetar indivíduos, decidiu-se conhecer um pouco sobre este fenómeno.

A pandemia do VIH/SIDA tem sido um problema de saúde pública em todo mundo e, embora têm-se visto alguns progressos e melhoria no combate ao mesmo, há um ligeiro aumento de novas pessoas infetadas em muitos países, originando em muitas mortes. Em todo o mundo, 33,3 milhões de pessoas vivem com o VIH, entre as quais 2,5 milhões são crianças, em que no ano de 2004, houve 2,2 milhões mortes e em 2009, 1,8 milhão (Relatório Global da Organização das Nações Unidas SIDA - ONUSIDA, 2010).

Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a OMS e o Programa Conjunto das Nações Unidas (PCNU) para o VIH/SIDA (1998, p. 1):

“mais de 32 milhões de pessoas tinham sido infetadas pelo HIV, o vírus que provoca a AIDS. Mais 12 milhões tinham morrido de HIV/AIDS desde o início da epidemia, nos finais da década de 1970. Só em 1997, 2,3 milhões morreram dessa doença. Cerca de metade dessas mortes, foram mortes de mulheres e, 460.000 foram de crianças com idade inferior a 15 anos.”

Embora têm-se observado aspetos positivos na luta contra o VIH/SIDA, confirmado através dos resultados epidemiológicos, a taxa ainda continua elevada, e a principal razão por este fato é que a sociedade ainda adota comportamentos de risco, em que a principal é relações sexuais desprotegidas.

No quadro que se segue pode ver a prevalência do VIH em alguns países (CPLP – Comunidade dos Países de Língua Portuguesa/ONUSIDA, 2010, p. 13):

Tabela 1: Prevalência do VIH em alguns países CPLP

Países	Prevalência do VIH (%) (adultos de 15-49 anos)	Pessoas (tratamento ARV)	Pessoas vivendo com VIH/SIDA
Angola**	2,40%	12.000	210.775
Brasil**	0,61%	190.000	630.000
C. Verde**	0,8% (2005)	149 (2009)	-
G. Bissau*	1,80%	900	16.000
Moçambique*	11,80%***	90.000	1.500.000
Portugal*	0,50%	-	34.000
São Tomé e Príncipe**	1,5%	110 (2008)	242 (2008)
Timor-Leste**	0,19%	-	151

Fonte: ONUSIDA/WHO Epidemiological Fact Sheet 2008, disponível em: www.apps.who.int/globalatlas/; Fonte: UNGASS 2010 Country Progress Reports, disponível em: <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/CountryProgress/2010CountryProgressAllCountries.asp>; Fonte: INSIDA, 2009

Da tabela, pode-se verificar que este número é preocupante, com uma quantidade enorme de seroprevalência de utentes, outros fazendo tratamento e vivendo com o VIH/SIDA e, posteriormente a causa de muitos óbitos a nível mundial, referindo a ONUSIDA (2014, p. 16) que os países que têm um maior número de portador são a “África de sul com 18%, Nigéria com 9%, Índia com 6%, Quênia com 5%, e as restantes Moçambique Uganda, Tanzânia, Zimbábwe, e Estados Unidos da América com uma percentagem de 4%”.

Parafraseando Martins, Kerr, Kendall e Mota (2014), a região que se encontra mais atingida é a África subsaariana com 60% das pessoas vivendo com o VIH e afetando mais as mulheres com uma percentagem de 58% deste total. Nessa mesma linha de pensamento, Diaz e Vázquez (2012), referem que, no ano de 2009, a África Subsaariana teve cerca de 1,8 milhões de pessoas infetadas por esse vírus, sendo menos do que os 2,2 milhões estimados em 2001. O número de pessoas vivendo com este vírus no mesmo ano (2001) aumentou de 20,3 para 22,5 milhões, justificado pela diminuição do número de mortes com a infeção pelo HIV/SIDA, estimado em 1,3 milhões em 2009, comparado a 1,4 milhões em 2012.

Em Angola, constata-se no Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário de Angola (PNDSA, 2012, p. 42) que, “desde 2004 a Março de 2012, registaram um total de 97.407 pessoas infetadas com VIH/SIDA, que se encontram em acompanhamento. Destas, 46.942 encontram-se em tratamento antirretroviral (TARV), sendo 43.714 (93,12%) adultos e 3.228 (6,88%) crianças”. E conforme o mesmo, nesta mesma época, foram realizados 1.118.392 testes em mulheres grávidas dos quais 27.222 resultaram positivos ao VIH.

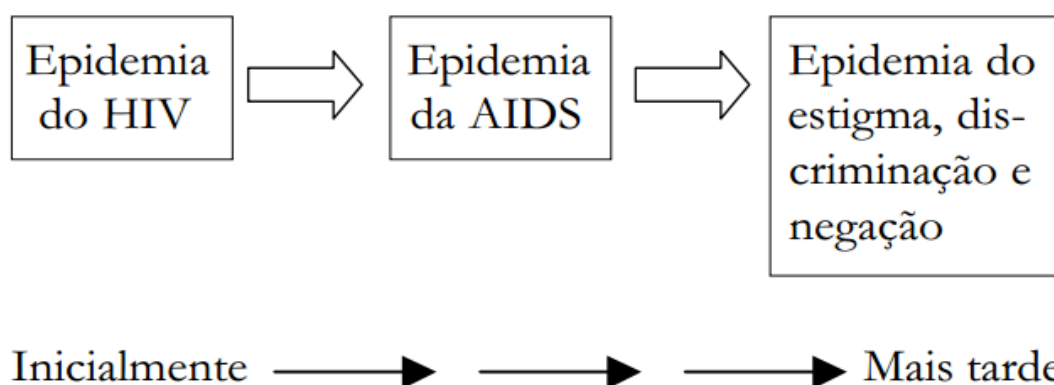
Relativamente a Europa Ocidental, Portugal é um dos países que apresenta as mais elevadas incidências desta infeção, embora têm-se observado uma considerável redução no número de novos casos (1941 diagnosticados em 2007 e 1518 diagnosticados em 2010) (Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA - PNI VIH/SIDA, 2012). Dos dados de Portugal, “do total acumulado de 16.906 casos de SIDA, 82,5% ocorreram no grupo etário dos 20 aos 49 anos e 19,1% ocorreram em mulheres, neste caso com uma frequência progressivamente crescente” (PNI - VIH/SIDA, 2012, p. 1).

Martins, *et al* (2014) salientam ainda que outros países afetados por esta epidemia são o Caribe, o Leste europeu e a Ásia central, com uma prevalência de 1% na população em geral.

Mas, embora esses números são preocupantes, a ONUSIDA (2015 p. 15) afirma que mundialmente, houve avanços significativos, “uma vez que as novas infeções pelo VIH diminuíram em 17% entre 2001 e 2008 (...), entre 2004 e 2008, o número de óbitos relacionados à SIDA diminuiu de 2,2 milhões para 2,0 milhões. E o tratamento tem também um papel fulcral uma vez que, sem o tratamento, outras 600.000 pessoas teriam morrido em 2008”.

Ainda é de salientar que um outro aspeto importante que contribui para o aumento de VIH/SIDA é o estigma e a discriminação, presente em todo o mundo, referindo Parker e Aggleton (2001) que em 1987 Jonathan Mann descreveu a epidemia de VIH/SIDA em 3 epidemias, epidemia do VIH, epidemia de SIDA e epidemia do estigma e discriminação e negação que tem vindo a ascender o número global de seropositivos no mundo.

Ilustração 1: as três epidemias



Fonte: Coleção ABIA Cidadania e direitos Nº1: Estigma e discriminação Parker e Aggleton (2001, p. 8).

A nível nacional, desde o surgimento desta pandemia há muitos anos, que esta epidemia tem alarmado a organização de saúde, os profissionais de saúde e a vida dos demais da comunidade, uma vez que o seu impacto é multissetorial, tanto no nosso país como nos outros.

Desde o aparecimento dos primeiros casos de VIH/SIDA em Cabo Verde que várias instituições têm vindo a mobilizar esforços para combater o mesmo. Conforme o II Plano Estratégico Nacional de Luta Contra o VIH/SIDA de Cabo Verde - PENLC VIH/SIDA (2010), o governo de Cabo Verde em 2002 assinou um crédito de 9 milhões de dólares para o combate de VIH/SIDA nas dadas ilhas constituintes do mesmo.

Segundo a Comité de Coordenação da Luta Contra Sida - CCS-SIDA (2006-2010), para começar a combater VIH/SIDA, foram criadas as primeiras instituições, no ano de 1987 foi criado o primeiro grupo no combate de VIH/SIDA chamado de Grupo de Accção Anti-Sida (GAAS), e em 2001 foi criada o (CCS-SIDA), pelas autoridades cabo-verdianas, que ainda trabalham no seguimento da pandemia de VIH/SIDA em Cabo Verde, apoiando aqueles que são seropositivos.

Conforme o CCS-SIDA (2006-2010) foi através do primeiro inquérito de prevalência de VIH/SIDA em 1989, há cerca de 5.790 indivíduos de 15 a 55 anos onde deparou-se com uma prevalência de 0,46% infetados, e, num sistema de vigilância de sentinela do VIH/SIDA em grávidas, obteve-se uma taxa de prevalência de 0,48%, o que aumentou para 1,13 em 2002. Já em 2003 e 2004, com a tomada de medidas, obtiveram-se prevalências de, respetivamente, 0,89% e 0,44%.

O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário de Cabo Verde (PNDS-CV, 2008) afirma que o VIH/SIDA tem sido considerado, em Cabo Verde, uma grande ameaça, em que o CCSIDA (2006-201, p. 15) refere que no “Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva (IDSR II) realizada em outubro de 2005, em 5.601 pessoas com idade de 15 a 49 (mulheres) e de 15 a 59 anos (homens), indicou uma prevalência à volta de 0,8%”. Ainda, de acordo com os dados provisórios deste inquérito, a taxa de prevalência por sexo era de 0,4% para as mulheres e de 1,1% para os homens. Nesta mesma linha de pensamento, o PNDS-CV (2008) salienta que neste IDSR II dos 1940 casos registados até dezembro 2006, 1002 (51,6%) evoluíram para o estágio de doença, resultando em mais de 50% de óbitos.

De acordo com a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) e ONUSIDA (2010, p. 52) salientam que “o total dos casos de Infecção pelo VIH/SIDA, de 1987 á 2009 em Cabo Verde, foi de 2.888 pessoas infetadas em que destes, 1.290 eram do sexo masculino, totalizando 44,7%, 1.541 eram do sexo feminino (53,4%) e os outros 57 pessoas (2%) não foram identificados”.

A ONUSIDA e a CPLP (2010) referem ainda que das ilhas de Cabo Verde, na região de Sotavento, as ilhas mais afetadas é Santiago, Maio, Fogo e Brava, com uma taxa de prevalência de 1,1%. Relativamente a região de Barlavento, as ilhas de Santo Antão, S. Vicente, São Nicolau, Sal e Boa Vista, registou-se uma taxa de prevalência de 0,1%. E, que “a principal forma de transmissão do vírus é a transmissão Sexual o que representa cerca de 80% dos casos notificados, e cerca de 7,5% dos casos são transmitido por via vertical” (ONUSIDA e CPLP, 2010, p. 57).

No Relatório Estatístico do Ministério de Saúde de Cabo Verde (RMSCV, 2012), assinala que “em 2011 houve um total de 399 de casos novos de VIH, e que por género 163 eram do sexo masculino e 236 do sexo feminino, já por SIDA houve um total de 101 portadores, em que por género, 51 eram do sexo masculino e 50 do sexo feminino. Com um total de 60 óbitos”.

E, em 2012 houve um total de 348 casos novos por VIH, com 161 pessoas do sexo masculino infetadas e 187 do sexo feminino. E, relativamente a SIDA, teve-se um total de 145 casos novos, e destes, 70 casos eram do sexo masculino e 75 casos feminino. Desse total, obteve-se 60 óbitos neste ano por VIH/SIDA (RMSCV, 2013).

No que concerne ao ano de 2013, que foi o último relatório estatístico lançado pelo Ministério de Saúde de Cabo Verde (2014), demonstra-se que houve um total de 447 casos novos por VIH em que destes, demonstrando um aumento de 99 casos novos. Destes 447, 171 eram do sexo masculino e 276 eram do sexo feminino. Por SIDA houve um total de 140 casos novos, com um total de 84 óbitos a nível nacional por VIH/SIDA.

Pelo número, pode-se constatar que houve um ligeiro aumento de 2012 para 2013, predominando assim o sexo feminino com maior índice de pessoas portadoras do VIH/SIDA, assim como o aumento do número de óbitos.

No que tange a ilha de São Vicente, onde se desenvolveu o estudo, dos dados do RMSCV juntamente com a Delegacia de Saúde (2012), em 2011, “observou-se um total de 56 casos novos de utentes (29 do sexo feminino, 19 do sexo masculino e 8 indeterminado) com VIH/SIDA o que equivaleu a uma percentagem de 14%”.

Mas em 2012 esse número reduziu para um total de 30 casos novos de VIH/SIDA (16 do sexo feminino e 14 do sexo masculino) tendo uma percentagem de 8,5% (RMSCV, 2013). E, em 2013, dos dados do relatório (2014) observou-se que “teve um total de 52 casos novos por VIH/SIDA, predominando mais uma vez o sexo feminino com 27 casos e 25 do sexo masculino, equivalendo a uma percentagem de 11.6%”.

Desses dados, ficou aprovado pelo Ministério de Saúde de Cabo Verde (2014), que a ilha de São Vicente constitui a segunda ilha de Cabo verde com um maior número de pessoas portadores de VIH/SIDA, sendo que a primeira é a ilha de Santiago.

E, é nesta perspetiva, que achou-se pertinente abordar o tema, com os seguintes objetivos:

Objetivos:**Objetivo geral**

- Conhecer a vivência e os sentimentos dos utentes portadores de VIH/SIDA, inscritos na Associação de Seropositivo VIH/SIDA de São Vicente.

Objetivos específicos:

- Caracterizar os utentes portadores de VIH/SIDA, inscritos na Associação de Seropositivo VIH/SIDA de São Vicente (Abraço);
- Identificar os sentimentos desenvolvidos pelos utentes face a doença;
- Descrever as vivências desses utentes no contexto que se encontram inseridos;
- Conhecer a opinião dos utentes face a prestação dos cuidados de enfermagem;

CAPÍTULO I: FASE CONCETUAL

A fase concetual é relevante em todo o processo de investigação de forma a mostrar informações disponíveis na literatura e de elucidar conceitos submetidos ao tema em estudo. É Neste sentido que Fortin (1999) refere que “este capítulo é um processo que consiste em fazer um inventário e o exame crítico de um conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação.”

A revisão da literatura é fundamental no desenvolvimento de um trabalho científico, é onde se busca teorias que fundamentam pontos mensurados na temática em estudo.

Relativamente a abordagem do IST's, achou importante trazer alguns tópicos do mesmo, pois sendo que a IST constitui um problema de saúde da atualidade, e não só apresenta-se como uma porta de entrada do VIH no organismo, ao passo que VIH faz parte do grupo do IST's existente. Posteriormente serão abordados tópicos ligados ao tema, de forma a entender melhor o estudo.

1.1. Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's)

As IST's são infeções que surgiram desde a antiguidade salientando Rodrigues e Carneiro (2009, p. 63) que “surgiram desde a antiguidade, em civilizações antigas como a egípcia e mesopotâmica, onde reinava a promiscuidade, um dos determinantes do surgimento delas.”

Segundo a OMS (2005), é recomendado que “o termo doença sexualmente transmissível (DST) seja substituído por Infecção sexualmente transmissível (IST). O termo Infecção sexualmente transmissível tem sido adotado desde 1999, por abranger melhor as infeções assintomáticas. Além disso, o termo tem sido utilizado por uma vasta gama de sociedades e publicações científicas”.

Para conceitualizar a IST, existem inúmeros conceitos, em que segundo o Fundo da População das Nações Unidas (FNUAP) (2000) a sigla IST é usado para designar todas as infeções transmitidas através do contato sexual direto, seja por relação oral, vaginal ou anal. Complementando o Ministério de Saúde de Cabo Verde (MSCV) (2004, p. 5), diz que “são afeções contagiosas que têm por causa microrganismos múltiplos e variados, ligados entre eles por um mesmo modo de transmissão: as relações sexuais.” Estas “são transmitidas através do contato direto, de um corpo ao outro, por

líquidos vaginais e pelo esperma trocados durante as relações sexuais” (MSCV, 2008, p. 11).

O Ministério de Saúde de Brasília (2015) afirma que esta transmissão ainda pode acontecer, como consequência de uma IST, da mãe para o feto durante a gravidez, durante o parto ou a amamentação. Estas infecções podem apresentar-se sob a forma de síndromes, sendo elas úlceras genitais, corrimento uretral e corrimento vaginal.

Mas, é importante saber quais as relações entre o IST e o VIH, onde o Programa de Luta Contra a Sida/IST do MSCV (PLC Sida/IST, 2004), ressalta que relativamente as vias de transmissão, estas são comuns para ambos, os meios preventivos são comuns e há uma grande associação entre a presença de uma IST e da Infecção pelo VIH. Mas, no que concerne as manifestações clínicas e a resposta terapêutica há algumas diferenças entre certas IST's em relação com o VIH. No que tange ao seguimento e a avaliação do programa para o IST podem permitir o controlo da Infecção pelo VIH.

A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no Sistema Única de Saúde (CONITEC - SUS, 2015), refere que em 2013, a OMS, estimou que diariamente, mais de um milhão de pessoas adquirem uma IST, e que a cada ano, estima-se que 500 milhões de pessoas adquirem uma das IST's curáveis, mormente, gonorreia, clamídia, sífilis e tricomóníase.

1.2. História de VIH/SIDA

A história da origem da pandemia de VIH/SIDA no mundo é relatada por vários historiadores contribuindo na explicação da sua origem e sua evolução, em anos diferentes, de acordo com pesquisas científicas.

Segundo Guerra (1998) descobriu-se a SIDA pela primeira vez, no ano de 1981, nas Cidades norte americanas de São Francisco em Nova Iorque, identificando as primeiras pessoas com esse síndrome. Ainda no contexto histórico, esta doença surgiu em jovens homossexuais através de troca de secreções orgânicas contaminadas.

Assim sendo, para Daudel e Montaignier (1998) em 1983 foi descoberto o VIH-1 através do Instituto de *Pasteur*, em células do gânglio (linfócitos T) em que estas foram cultivadas e depois tendo-se reproduzidas de forma ativa ao longo de poucas semanas, onde a atividade transcriptase inversa permitiu a transcrição do ARN viral em ADN.

Conforme Diaz e Vázquez (2012, p. 13):

“posteriormente, em 1984, o vírus foi isolado por Jay Levy e colaboradores da *University of Califórnia, em San Francisco*, EUA. Diferentes nomes foram dados a este novo vírus, dependendo do grupo e do laboratório envolvido: LAV, vírus associado à linfadenopatia; HTLV-III, vírus humano T-linfotrópico tipo III e ARV, retrovírus associado à AIDS”.

Conforme estes mesmos autores, até o ano de 1999, a origem do VIH-1 era duvidosa. E que foi só a partir desse mesmo ano, que foi demonstrado que provavelmente, esse vírus originou-se a partir da espécie de chimpanzé *Pan troglodytes*, devido as suas semelhanças com o vírus de Imunodeficiência Símia (SIV) (Diaz e Vázquez, 2012).

Seguindo a linha de raciocínio de Daudel e Montaignier (1998, p. 25) referem que “em 1986 foi descoberto por uma equipe do Instituto *Pasteur* em conjunto com uma equipa médica e investigadores de Lisboa do Hospital *Claude-Bernard* o VIH-2. Isto tudo com um estudo feito em dois portadores oriundos da Guiné-Bissau”.

Diaz e Vázquez (2012) afirmam que o VIH-2 teve a sua origem nos países do Oeste da África, através do SIV. Este vírus era isolado nos macacos *Sooty Mangabeys*, e, nestes países do Oeste da África, a alimentação baseava-se nos macacos. Realça que os utentes portadores desse tipo de vírus podiam desenvolver SIDA, apresentando um período de incubação mais lenta.

Parafraseando Duque (2002) a Infecção pelo VIH-2 manifestou-se em indivíduos residentes na Europa mais concretamente em Portugal e França e em outros países como Cabo Verde e Guiné-Bissau, mas o quadro clínico associado ao tipo de VIH-2, era idêntico ao quadro clínico do VIH 1.

Segundo Montagnier (1994) como forma de mostrar a presença do VIH através de métodos de diagnóstico laboratorial, foi criado testes de rastreio que afirmavam através da deteção de anticorpos específicos para o VIH no soro. Destes testes, o mais utilizado era “o método ELISA (*Enzyme-Linked Immunosorben Assay*). A pesquisa de ADN viral era realizada através de PCR (*Polymerase Chain Reaction*) que possibilitava a deteção das sequências pró-víricas do VIH a partir da amplificação do ADN do vírus (*in vitro*) (Montagnier1994).

Em Cabo Verde, segundo o CCS-SIDA (2006-2010) o primeiro caso de SIDA detetado no país foi em 1986, num utente residente da ilha do Fogo. E, embora, o primeiro caso tenha sido registado em 1986, os antirretrovirais foram inseridos anos depois do aparecimento dos primeiros casos, referindo o MSCV (2015, p. 7) que, “foi

em dezembro de 2004 que o país conseguiu reunir todas as condições para iniciar a terapêutica antirretroviral (TARV), graças a um esforço considerável, tanto do Governo, como dos profissionais de saúde que, na altura, estavam envolvidos nesta área”.

1.2.1. Conceitos VIH/SIDA

Uma vez que o tema do trabalho diz respeito ao VIH/SIDA, faz todo o sentido trazer o conceito, ressaltando Canani, Reis, Pereira, Gir e Pela (2004, p. 941) que “o VIH é um retrovírus que causa no organismo disfunções imunológicas crônicas e progressivas ao decline dos níveis de linfócitos CD4, sendo que, quanto mais baixo for índice destes, maior risco do indivíduo tem de desenvolver a AIDS”.

Para Dovavan, Sands, Neighbors, Marek, e Green (2007, p. 493) “é uma infecção adquirida, em que o próprio VIH se integra nos linfócitos CD4+ (T4 auxiliares), causando disfunção imunológica grave. Na sua forma mais grave, resulta na síndrome de Imunodeficiência humana adquirida (SIDA) ”. Salientando Stanhape e Lancaster (1999), a SIDA é definida como uma doença incapacitante ou mortal causada pelo VIH.

Ainda, Souza (2000) complementa que a SIDA é causada pelo Vírus de Imunodeficiência Humana o que origina a medida que a doença vai evoluindo, perda progressiva de imunidade celular e conseqüentemente, o aparecimento de infecções oportunistas.

Na perspectiva de Feitosa, Silva, Leite, Moura, Monteiro e Pereira (2013, p. 953) esta síndrome é considerada “uma doença infetocontagioso que apresenta uma relevância social elevada e é considerada de prognóstico obscuro uma vez que faz com os indivíduos portadores reflitam sobre a finitude de suas vidas social”.

Diaz e Vázquez (2012, p. 13) referem que, “o vírus da imunodeficiência humana (HIV) é o agente etiológico da síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA ou AIDS)”. Este vírus ataca todo o sistema imunológico do corpo, a medida que se vai evoluindo.

Complementando Lourenço e Afonso (2009) salientam que este é um vírus contagioso, e que, devido a determinados comportamentos específicos, propaga-se e expande-se de forma súbita e silenciosa, dando o estatuto de epidemia internacional. Agindo sobre “o sistema imunológico do portador, atacando-o em todas as formas e provocando a destruição dos mecanismos naturais de defesa, deixando o mesmo à merecer de ser contaminado por quaisquer espécies de doenças” (Vieira e Silva, 2011, p.118).

Quando o utente é diagnosticado esta infeção é designado de seropositivo, referindo Cláudio e Mateus (2000, p. 21) que “seropositivo é quando uma pessoa está contaminada pelo VIH. É portadora de um vírus embora não apresenta nenhuma sintomatologia”.

Dadas as considerações acima referidas mostra que o VIH é um vírus silencioso que por sua vez causa a síndrome (SIDA), que é transmitida por comportamentos singulares. Através desta, pode-se desenvolver outras doenças oportunistas.

1.2.2. Classificação do VIH

É importante saber a etiologia e classificação, pois assim consegue-se saber a causa e distinguir o VIH-1 do VIH-2. Conforme Braselli, Chiparelli, Dutra, Gonzalez, Mansilla, Marchese, Mogadsky, Savio e Visconti (2006, p. 17) “o VIH é um vírus pertencente a família de retrovírus, subfamília dos lentivírus, que são identificados duas formas geneticamente diferente: VIH 1 e VIH 2 compartilhando a alguns antígenos que são diferenciados”. Chinen e Shearer (2002, p. 56) ressaltam que o “VIH é um lentivírus, da família dos retrovírus que apresentam um genoma de RNA contido dentro de um capsídeo e um envelope lipídico”.

Complementando Diaz e Vázquez (2012, p. 13), ainda salientam que “os lentivírus compreendem um gênero separado da família de retrovírus, que é caracterizada pela presença da enzima transcriptase reversa (TR), utilizada na geração da cópia de DNA a partir do genoma viral de RNA⁴”.

Braselli, *et al* (2006, p. 17) referem que “morfologicamente é um vírus esférico de 100-200nm de diâmetro com um nucleocápside eletrodensa em forma de cone, rodeada de uma bicamada lipídica que prove da membrana da célula do hospedeiro onde inserem as proteínas viral constituídas por moléculas de glicoproteínas”.

Conforme o Programa Nacional de DST e AIDS (2004, p. 50) afirma que “recentemente, têm sido caracterizada por variantes genómicas (subtipos) tanto de HIV-1 como de HIV-2, em pacientes infetados procedentes de diferentes regiões geográficas”.

Assim sendo Diaz e Vázquez (2012, p. 14) acrescentam que “HIV- 1 até ao momento é classificado em quatro grupos, nomeados de M, N, O e P, isolados em diferentes regiões geográficas.” Complementado, o Programa Nacional de DST e AIDS (2004, p. 50) salienta que:

“no grupo M identificam-se nove subtipos (A, B, C, D, E, F, G, H e I) e no grupo O apenas um. Em relação ao HIV-2 descrevem-se cinco subtipos: A, B, C, D, e E. Embora ainda não conhecidas, especula-se a possibilidade de variantes virais possuírem diferentes índices de transmissibilidade ou patogenicidade”.

O VIH é o agente etiológico de SIDA, esse vírus se divide em VIH1 e VIH2, além disso o vírus é composto por uma estrutura complexa, contendo uma família, uma subfamília, e subtipos constatado nos dois tipos de VIH.

1.2.3. Transmissão de VIH/SIDA

É necessário falar sobre a transmissão do VIH/SIDA de maneira a conhecermos a forma como é transmitida ou como se propaga no mundo e mediante estes levar em consideração medidas a serem tomadas para prevenir os mesmos.

Para que aja a transmissão do vírus é necessário o contato direto com os fluidos corporais onde estes, contenham células infetadas e daí serem transmitidas de um organismo para o outro. Mas existem fatores a terem em conta na transmissão, ressaltando Montagner (1994) que, existem diferentes fatores de risco que contribuem para o aumento da transmissão do vírus, principalmente quando a pessoa infetada apresenta em fase de elevada replicação vírica ou mesmo na fase chamada SIDA, surgindo as IST's que fragilizam as mucosas, na presença de sangue durante a relação sexual.

Neste sentido, são elucidadas as principais formas de transmissão do vírus, conhecidas em todo mundo como transmissão sexual, transmissão sanguínea e transmissão vertical.

- **Transmissão sexual**

A transmissão do VIH dá-se pela transmissão sexual devido as relações sexuais desprotegidas (sem o uso de preservativo) e que continua sendo uma das vias mais frequentes para a transmissão do vírus. Parafraseando Dovavan, *et al* (2007, p. 494) que “a transmissão sexual do VIH é dada de pessoa para pessoa através da penetração vaginal ou anal sem preservativo, e práticas sexuais orais estão associadas a um elevado risco de infecção”.

Lecour e Castro (2004) acrescentam ainda que a relação sexual durante a menstruação, a presença de outras IST's, aumenta significativamente o risco de transmissão do vírus. Nesta mesma linha de pensamento, a Organização internacional

do trabalho (OIT) (2009) afirma que a presença de outras IST's, que são responsáveis por lesões genitais, também podem promover a transmissão do VIH.

Então compreende-se que qualquer prática sexual desprotegida, é um risco para a transmissão do VIH, sendo que o uso corretamente do preservativo é uma das medidas a adotar para a não transmissão do vírus.

- **Transmissão por via sanguínea**

Esta forma de transmissão acontece praticamente quando o sangue infetado com o vírus é introduzido na corrente sanguínea por de ferimentos ou por algum material infetado, que por distração é utilizado na preparação de alguma técnica a ser prestado ou também por indivíduos toxicodependentes na troca de seringas para introduzir drogas na corrente sanguínea.

Justificando Dovavan, *et al* (2007), a outra forma de transmissão do vírus é através de seringas ou agulhas contaminadas feita inoculação direta durante administrações parenterais, nomeadamente subcutânea, intramuscular ou intravenosa.

Nesta mesma perspetiva, a OIT (2009, p. 9) refere que a transmissão sanguínea dá-se através de:

- Transusão de sangue ou de produtos sanguíneos, se estes não tiverem sido alvo de rastreio de VIH;
- Partilha ou reutilização de agulhas e seringas contaminadas, como quando se injetam drogas ilegais ou esteroides, ou se realizam tatuagens;
- Golpe acidental provocado por uma seringa ou por um objeto afiado contaminado;
- Salpicos abundantes de sangue infetado sobre os olhos ou sobre a boca;
- Contato de sangue infetado com a pele lesionada (cortes ou dermatite).

O que demonstra que a transmissão sanguínea é outra via propícia para a transmissão do vírus principalmente em pessoas toxicodependentes que fazem o uso e troca de agulhas de pessoas para pessoas, e nas falhas técnicas na área de saúde com seringas e agulhas infetadas. Mas com informações necessárias e precisas, a procura de apoio dos profissionais de saúde, e, com a cautela nos cuidados de saúde pode ser evitada.

- **Transmissão vertical**

A transmissão vertical dá-se de mãe para o/a filho (a) através do contato tanto interno como externo, tendo inúmeros fatores que contribui para tal. Neste sentido, o Ministério de saúde de Brasília (2007) defende que a transmissão vertical do VIH ocorre da mãe para o feto/bebê durante a gravidez, o trabalho de parto e o parto sendo através do contato com secreções cérvico-vaginais e sangue da mãe ou durante a amamentação.

É importante salientar que a transmissão através do aleitamento materno é devido as células mamárias que se encontram infetadas pelo vírus, explicando Lamounier e Moulin (2004, p. 183) que, “o vírus pode infetar células do epitélio mamário antes mesmo do parto, podendo ser encontrados livres ou infetando monócitos do leite, que correspondem a 50% das células do leite materno.”

Pode-se destacar alguns fatores que estão associados a transmissão do VIH/SIDA da mãe para o filho, indicadas na tabela abaixo.

Tabela 2:Fatores de risco para a transmissão de mãe para filho de VIH/SIDA

Fatores maternas <ul style="list-style-type: none"> • Carga viral materna (RNA-VIH, cópias/ml) elevada; risco maior se persiste após 32 semanas de gestação; • Ausência de terapêutica com ARV durante a gravidez; • Infecção por VIH sintomática, SIDA; • Imunodepressão (Linfócitos CD4 <200/mm³); • Consumo de drogas durante a gestação; • CoInfecção (vírus hepatite B, C) ou outras infeções do canal do parto; • Manobras invasivas durante a gravidez (amniocentese);
Fatores relacionados com o parto <ul style="list-style-type: none"> • Rotura prematura de membranas; • Rotura prolongada de membranas (> 4 horas); • Manobras invasivas no feto / Partos instrumentados; • Episiotomia extensa; • Período expulsivo prolongado (> 4 horas);
Fatores neonatais <ul style="list-style-type: none"> • Aleitamento materno; • Prematuridade;

Fonte: revista de pediatria do centro hospitalar do porto: Transmissão Mãe-Filho da Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana.

Conforme Braselli, *et al* (2006, p. 59) “em relação aos fatores de riscos do intraparto surge a recomendação de finalizar a gravidez por via cesariana de coordenação quando a carga viral materna é superior a 1000 cópia/ml, com o objetivo de diminuir a transmissão perinatal”.

A probabilidade desta transmissão de mãe infetada para o filho, pode ser diminuída se a mãe frequentar as consultas pré-natal, fazendo tratamento e ter cuidado redobrado durante o parto, evitando assim que a criança nasça com esse vírus.

Também não se pode deixar de realçar o risco da transmissão do vírus para com os profissionais de saúde, uma vez que prestam cuidados de saúde aos seropositivos, estando expostos ao vírus nas ações realizadas perante o utente. Nestas situações é necessário que estes profissionais tenham muita atenção ao realizar procedimentos junto destes e que façam uso de todo o equipamento necessário para tal.

1.2.4. Manifestações clínicas sinais/sintomas

A manifestação clínica diz respeito aos sinais e sintomas de qualquer tipo de doença, na sua fase inicial e mediante o percurso da doença. Assim sendo, é importante reconhecer as manifestações clínicas do VIH/SIDA como forma de complementar o diagnóstico a ser descrito.

Na tabela que se segue são apresentadas algumas manifestações clínicas de VIH/SIDA de forma mais explícitas e concisas.

Tabela 3: Apresentação as manifestações clínicas de VIH/SIDA

Manifestações clínicas de VIH/SIDA	
<ul style="list-style-type: none">• Arrepios e febre• Suores noturnos• Tosse seca, produtiva• Dispneia• Letargia• Confusão• Rigidez cervical• Convulsões• Cefaleias	<ul style="list-style-type: none">• Mal-estar• Fadiga• Lesões orais• Erupções cutâneas• Desconforto abdominal• Diarreia• Perda de peso• Linfadenopatia• Edema progressiva generalizado

Fonte: Enfermagem Médico-cirúrgica (2007, p. 496)

Segundo o MSCV (2004), as manifestações clínicas do VIH/SIDA evoluem em quatro estádios apresentando sinais e sintomas referidas na (apêndice I).

Na linha de pensamento Matos, Matsumoto, Boletini, Gandolpho e Keating (2010) ressaltam que as manifestações clínicas do VIH/SIDA podem durar alguns anos para o aparecimento dos primeiros sintomas ou se existirem são poucos, porém quando é dado o diagnóstico ao utente, acaba por apresentar alterações psicossocial, e agravar o seu estado imunológico.

Parafraseando Vieira e Silva (2011) afirmam que, a causa da morte do portador não é o vírus – VIH, mas sim o agente que provoca a deterioração das defesas naturais do organismo, o que vai permitir a invasão de outras doenças, levando neste caso á morte, podendo dizer que tudo isto que é causado pelo vírus é conhecido por SIDA.

Portanto conclui-se que é quando o utente passa por todas estes estádios que se diz que tem SIDA, e, se não seguir as normas de saúde aparecem as infeções oportunistas o que pode agravar o estado de saúde do utente, uma vez que o organismo se encontra com imunidade baixa, podendo levar a morte.

1.3. O utente portador de VIH/SIDA

O diagnóstico de seropositividade tem um grande embate na vida de indivíduo, pois a forma como o utente incorpora o diagnóstico surge os ditos sentimentos que abalam físico, social e psicológico da vida do utente.

Ser um portador de VIH/SIDA engloba a vivência em muitos componentes do seu quotidiano como a família, os amigos, a sociedade e trabalho e cada uma apresenta a sua forma de apoiar e ver a doença em si. De entre esses componentes também pode surgir o estigma e a discriminação sofridos pelo utente. É neste sentido que é necessário falar dos sentimentos e da vivência do utente portador de VIH/SIDA, de forma a entender mais sobre isto.

1.3.1. Os sentimentos

A forma de viver e os sentimentos expressados pelo utente portador de VIH/SIDA são dois pontos que se interligam, pois o modo como o utente vivencia com a sua doença, em alguns componentes do seu mundo pode gerar sentimentos, podendo ser negativos ou positivos.

Lidar com o VIH/SIDA, implica que o utente esteja preparado para incorpora a condição de saúde e adaptar esta condição de saúde ao modo de viver, de forma a desenvolver um novo estilo de vida.

Sendo este portador de uma enfermidade crónica, há que adotar um estilo de vida diferente de modo a prolongar a sua saúde. Realçando Waidman, Bessa e Silva (2011, p. 174) que estas mudanças são das mais variadas possíveis podendo destacar:

- A assiduidade às consultas nas unidades básicas;

- A ingestão de antirretrovirais;
- E seus efeitos colaterais;
- A contração de doenças oportunistas;
- Os problemas de aceitação da autoimagem e a diminuição da autoestima, além de inúmeras ameaças de origem física ou moral que prejudicam inclusive o autocuidado.

Conforme Waidman, Bessa e Silva (2011, p. 174) “estar com HIV/Aids não interfere apenas no aspeto biológico, social e espiritual, mas afeta também o estado psicológico desses indivíduos e seus familiares deixando-os vulneráveis psiquicamente”.

Complementando Waidman, Bessa e Silva (2011) expressam que, quando diagnosticado a seropositividade, o indivíduo reage frente a possibilidade de perder a saúde, sua família, sua vida social e inclusive a sua vida. A visão de si mesmo e sua autoestima encontram-se alteradas. E, ao conviver com estas emoções, sente-se revoltado, o que leva a procura de uma nova identidade para se apresentar ao mundo e a si próprio.

A resposta ao diagnóstico pode decorrer através de vários fatores condicionantes, que estão na origem dos sentimentos desenvolvidos no que se pode deparar com o estilo de vida, as particularidades individuais que fazem parte da pessoa, o conhecimento que a pessoa tem sobre a doença.

É assim que Carvalho e Galvão (2008) ressaltam que o ao saber do diagnóstico sobre a doença gera nestes indivíduos vários sentimentos, sendo eles a vergonha, a ansiedade e a depressão, já que existe a dificuldade de enfrentar a doença.

Complementando Waidman, Bessa e Silva (2011) afirmam que o seropositivo vive com inúmeros sentimentos indesejáveis, desencadeando problemas mentais como a tristeza, o desânimo, a apatia, baixa autoestima, perda de esperança, a preocupação, o desespero, o temor, a ira, a negação, o inconformismo, a solidão, a insegurança, a vergonha, a culpa, o remorso e o arrependimento.

Estes mesmos autores (Waidman, Bessa e Silva, 2011, p. 175) aferem que um dos principais sentimentos desenvolvidos pelo utente portado VIH/SIDA perante o diagnóstico é a depressão que está associado a vários fatores, sendo elas:

- A descoberta da infecção com início dos sintomas físicos, a progressão da doença e das limitações, pois neste período a pessoa está sujeita às questões psicossociais complexa que envolvem a doença;
- Invasão do sistema nervoso central pelo HIV, por infecções oportunistas ou tumores intracranianos;
- Desencadeamento de episódios depressivos em populações vulneráveis.

Os sentimentos desenvolvidos são reversos sobre a doença o que contribui para o agravamento do estado de saúde do utente, levando-o a não procurar os serviços de saúde, ou procura tardiamente, originando posteriormente em morte do utente. É nesta aspeto que é importante chamar a atenção aos profissionais de saúde para que não tenham em mente só os cuidados técnicos, mais também prestar cuidados humanizados para estes utentes, assim como um cuidado multidisciplinar.

1.3.2. O portador de VIH/SIDA e a família /amigos

A família e os amigos constituem um dos pilares importantes para o portador de VIH/SIDA, pois, é no modo como vivenciam a doença do seu membro ou amigo, que o ajuda a adaptar e aceitar a sua doença.

Parafraseando Vieira e Padilha (2007, p. 352) “família é compreendida como um grupo de pessoas que vivem juntas e compartilham a mesma realidade, geralmente comungando das mesmas ideias e sentimentos, cuidando uns dos outros, dividindo normalmente um mesmo espaço e tendo atividades em comum”.

Assim Cardoso, Marcon e Waidmani (2008) referem que frente a situação de um portador de VIH/SIDA, a família deve conviver e aceitar o utente como tal, prestando cuidados diários como na toma de medicação, alimentação, incentivo para ir as consultas, apoio na tomada de decisão. Assim sendo, pensa-se que a família que convive com o portador está a ajuda-lo no seu bem-estar e relevando-o a uma melhor qualidade de vida.

O apoio deliberado pela família para o portador de VIH/SIDA é importante, sendo que eleva melhorias não só no estado de saúde do portador, como sente-se confiante e pode adotar um estilo de vida diferente.

Concordando com Botti, Leite, Prado, Waidman e Marcon (2009), o apoio da família afeta de maneira positiva a autoestima, a autoconfiança e a autoimagem do indivíduo trazendo benefícios para o tratamento, ajudando-o a continuar a sua vida.

Cardoso, *et al* (2008, p. 327), por sua vez, referem que:

“em alguns contextos, a família pode ser reconhecida como uma unidade de saúde e surge como uma fonte de ajuda para o ser humano com AIDS, contribuindo para o seu equilíbrio físico e mental. Ela constitui um elo fundamental entre o portador e o serviço de saúde, ajudando a melhorar a qualidade de vida e proporcionando maior adesão ao tratamento”.

Complementando, Carvalho e Paes (2011) realçam que a família é a principal fonte de apoio para estes indivíduos, e, caso afastarem-se dos mesmos, pode gerar prejuízos como a não adesão ao tratamento e agravamento dos problemas mentais. O que ocorre em alguns casos é que o medo do preconceito e isolamento faz com que os portadores escondam dos seus familiares o diagnóstico.

Logo se o utente ocultar o diagnóstico da família não terá vontade suficiente para dar seguimento ao tratamento, e passa a acreditar que a família pode rejeita-lo ao ter conhecimento do seu diagnóstico, pois, muitas famílias, ao terem conhecimento de que algum membro da família é portador do VIH/SIDA, por vezes acabam por não aceitar a doença, exclui-los e abandona-los a sua própria sorte, pelo medo de que possam contrair a doença ou pelo medo de possuírem um olhar diferente da sociedade.

É neste sentido que Gir e Reis (2002) afirmam que quando um membro encontra-se nesta situação, gera muitos conflitos e situação de crise como dificuldades materiais e financeiras para cuidar do utente, falta de informações sobre a doença, desestruturação na rotina diária, ou mesmo preconceito por parte da família.

Seguindo a linha de raciocínio, Acapropi e Silva (2014, p. 108) salientam que “diante de tantos obstáculos, nota-se que a maioria das famílias, e os próprios pacientes, têm esperança de construírem uma vida melhor, deixando de lado, o medo o preconceito, e passando a encarar a vida de forma natural, e ter expectativas na vida”.

Relativamente ao convívio com os amigos, não sendo aqueles que o discriminam/estigmatizam ao saber do diagnóstico, ajudam positivamente o bem-estar psicológico agindo assim como um suporte para o utente na medida em que (...) “é útil para a mudança de hábitos de vida, nomeadamente para o abandono de comportamentos sexuais de risco e do consumo de drogas, o que, consequentemente, contribui não só para a prevenção da doença, mas também para a adesão ao tratamento” (Botti, *et al* 2009, p. 403).

Conforme Galvão e Paiva (2011) o suporte que os amigos dão ao portador do VIH/SIDA, ajuda-o a conviver com a infeção com coragem, segurança e sem medo de

ser abandonado, e continuar sua vida portando uma doença crónica que exige cuidados como qualquer outra.

Portanto é de convencer que a interação entre a família, os amigos e o utente portador de VIH/SIDA, tem uma função imprescindível no processo de saúde e doença, pois ajuda na adequação do utente a sua patologia ajudando assim na melhoria do bem-estar e conforto destes utentes.

1.3.3. O portador do VIH/SIDA e a sociedade /trabalho

É de fazer compreender que os utente portadores de VIH/SIDA são pessoas que vivem com sua doença e que continuem a ser membro sociedade, a merecer de um trabalho para dar continuação a sua vida, juntamente com o apoio da família e dos amigos.

Segundo Guerra (1998, p. 24) “ a sociedade ao admitir a culpabilidade das pessoas na sua própria doença, admite também que é legítimo ignora-las ou o pior, distanciar-se delas, pois a doença é contágio e mortal”.

Conforme o Instituto para a Cidadania (2014, p. 16) “a forma como a sociedade olha para as pessoas infetadas pelo VIH/SIDA, prende-se em grande medida com o preconceito sobre as formas de transmissão do vírus, o estigma e a discriminação”.

Complementando Waidman, Bessa e Silva (2011, p. 174) que “o portador de VIH/SIDA é penalizado na sociedade, e ele vivencia conflitos emocionais de diversas naturezas, como sentimento de culpa, rejeição, medo, tristeza, vergonha e responsabilidade enquanto contaminação e contaminado”.

Na mesma linha de pensamento, Luong (2004) verifica-se a falta de consciencialização das populações e da sociedade em geral, em aceitar a Infecção pelo VIH como uma doença e não como um “mal social”. Referindo Botti et al (2009) a sociedade não só rotula esta infeção como sendo letal e provocadora de sofrimentos, como também o portador é visto como um inconveniente, imoral ou alguém que apresenta um comportamento inaceitável na sociedade.

Assim sendo quando a sociedade não aceita a doença como tal, acaba por excluir o portador estigmatizando-o e descriminando-o, logo isso pode infligir no mundo do trabalho.

Mas o trabalho preenche e revela um lugar importante na sociedade, além de ajudar a obter recursos para a sobrevivência, também cria vínculo entre indivíduos, e de ter algo para se ocupar no dia a dia, o que dá sentido a vida de muitas pessoas.

Conforme Ferreira, Figueiredo e Souza (2011, p. 260) “o ambiente de trabalho foi apontado como um local de convivência e troca entre as pessoas, o que favorece o enfrentamento psíquico dos portadores de HIV”.

É através do trabalho que se presencia uma “ajuda mútua, que ressalta aspectos positivos das relações sociais como compartilhar informações e o auxílio em momentos de crise” (Ferreira, Figueiredo e Souza, 2011, p. 260).

Segundo Freitas, Galvão, Araújo, Costa e Lima (2012, p. 721) “a inclusão social do portador do HIV no ambiente de trabalho é considerada favorável para a sua qualidade de vida. Entretanto, o que se observa é uma realidade de discriminação tanto por parte do empregador como dos colegas de trabalho”.

Ferreira Figueiredo e Souza (2011) afirmam que o VIH/SIDA tem sido pretexto para discriminação, estigmatização e exclusão no mundo do trabalho. Com o tratamento, a pessoa com VIH/SIDA pode levar anos para apresentar algum sintoma de doença oportunista, sendo-lhe possível realizar sua atividade profissional, normalmente, no seu dia a dia.

Freitas, *et al* (2012, p. 722) ressaltam que, “no âmbito do trabalho, a aids não é entendida como uma doença semelhante às outras sobre as quais as empresas e instituições têm responsabilidades. Diferentemente, ela gera problemas no referido âmbito, por quando as empresas não sabem como administrar tal situação”.

Finalizando a sociedade necessita de entender que o VIH/SIDA não é um mal que o afeta, mas sim uma doença típica de outras doenças existentes, e que a forma negativa como se lida com a doença traz consequências para o portador, tanto que muitos deles acabam por ser discriminados e excluídos socialmente, gerando hostilidade em conseguir ou manter o trabalho.

1.4. Estigma e discriminação

Mesmo com um mundo globalizado e em constantes mudanças ainda o VIH/SIDA é visto como uma infecção aterrorizante por muitas pessoas, chegando a estigmatizar e a discriminar aqueles que é portador crónico do mesmo.

Na perspectiva de Andrade e Iriart (2015, p. 566) “um obstáculo importante e persistente no enfrentamento da epidemia do HIV/SIDA é o estigma e a discriminação que atingem as pessoas seropositivas, o que tem sido analisado por pesquisadores em diferentes países”.

Com a descoberta da doença muitos são aqueles que se distanciam do utente pelo medo de serem infetados ou mesmo pelo receio. Afirmando a ONUSIDA (2005, p. 5) que “o estigma e a discriminação associados ao VIH e à SIDA também significam que as pessoas que vivem com o VIH e a SIDA têm muito menos probabilidades de receber cuidados e apoio”.

Por vezes, pelo medo de serem estigmatizados e discriminados, muitos indivíduos preferem não fazer o teste de VIH mesmo sabendo ou não que podem estar infetados pelo vírus. Conforme Garcia e Koyama (2008) o estigma e a discriminação, quando associados ao VIH/SIDA podem reduzir/dificultar a procura dos serviços de saúde para a realização do teste, pois receiam o resultado, bem como a busca de tratamento adequado nestes serviços, após a condição serológica positiva revelada.

- **Estigma**

Assim, torna-se necessário falar do estigma neste aspeto referindo a ONUSIDA (2002) que este tem sido descrito como um dinâmico de desvalorização, que desacredita fortemente o perante os outros.

A estigmatização relacionada com VIH é direcionada a qualquer utente que esteja contaminado pelo vírus. É neste ponto que ONUSIDA (2005) diz que o estigma relacionado com VIH/SIDA deixa os utentes a viverem desacreditadas, sendo que pode afetar não só o portador de VIH/SIDA com também indivíduos suspeitos de terem adquirido a infeção, ou também familiares que vivem com utentes com VIH.

Segundo Carvalho e Paes (2011), o diagnóstico afeta a vida não só do portador como também da família e dos amigos, pois a perceção negativa, a discriminação e a falta de conhecimento levam ao sofrimento destes. Estes indivíduos culpabilizam a si próprio por terem sido infetados, ficando impotentes diante da nova realidade, com medo do abandono e de julgamento, isolando-se e não permitindo a adesão do tratamento, levando a revolta, a quebra no padrão de vida ou mesmo ao consumo exagerado de bebida alcoólica. Estes aspetos são relacionados a uma doença estigmatizada, oriunda de concepções de uma sociedade preconceituosa.

Ainda na linha de pensamento dos mesmos autores (Carvalho e Paes, 2011, p. 158) “a estigmatização causa, entre vários aspetos, impactos na saúde física e mental dos portadores de HIV/AIDS, uma vez que o estresse tende a baixar a imunidade, tornando o indivíduo mais sujeito à infeção pelo vírus e ao aparecimento de doenças oportunistas”.

Parafraseando Garcia e Koyama (2008, p. 74) “muitas das consequências perversas da estigmatização de pessoas e/ou grupos específicos envolvem a discriminação nos espaços públicos e instituições privadas, gerando hostilidade, segregação, exclusão e/ou autoexclusão daqueles que têm sua condições serológica revelada”.

- **Descriminação**

A descriminação é qualificada como atitudes manifestados, e que tem como consequências todos os fatores presentes no estigma, defendendo a ONUSIDA (2005, p. 9) que a discriminação “consiste em ações ou omissões que derivam de estigma e que são dirigidas contra os indivíduos que são estigmatizados”.

A descriminação em si pode levar a solidão sendo que estes acabam por isolar-se das pessoas mais próximas, como famílias e amigos, devido ao preconceito apresentado pela sociedade e pela exclusão social. Assim, Cláudio e Mateus (2000) dizem o portador de VIH/SIDA, para não ser discriminado, não revela sua condição para ninguém, o que leva o mesmo a solidão, favorecendo a depressão, e com isso o sistema imunitário baixa cada vez mais.

Conforme Vieira e Silva (2011) pelo fato de possuir uma enfermidade crónica que pode levar a morte, o utente portador de VIH/SIDA tende a merecer um acompanhamento e atenção específica, pois representa um peso por parte da família e/ou sociedade e odiado por alguns membros do mundo em que vive, sendo alvo de atos discriminatórios contribuindo para agravar o seu estado de saúde.

Os mesmos autores referem ainda que “o portador do vírus VIH/SIDA convive com violações aos seus direitos mais caros, tais como o direito a uma vida digna, à integridade física e psicológica, à intimidade, à vida privada e, em especial, o direito de não ser discriminado” (Vieira e Silva, 2011, p. 117).

Quando o utente é discriminado é colocada em causa a violação dos seus direitos humanos, logo é “(...) fundamental procurar resolver tal discriminação e

estigma para atingir os objetivos de saúde pública e vencer esta epidemia” (ONUSIDA 2005, p. 4).

O Instituto para a Cidadania (2014) refere que não devem ser discriminados mas sim merecem um tratamento, por parte das entidades públicas e privadas, da família e da sociedade em geral, e este tratamento deve ser igual a aquele que é dado a alguém dito sã, isto é, que não é portador de VIH/SIDA.

Em suma, o estigma e discriminação são dois conceitos que estão constantemente presentes, perante o portador VIH/SIDA que persistem durante o processo desta doença, retardando a procura dos serviços de saúde e agravando a doença.

1.5 . Cuidados de enfermagem ao portador de VIH/SIDA

A enfermagem é a arte do cuidar, que busca em seu todo prestar um cuidado holístico e de qualidade a aqueles que necessitam de ser cuidados, defendendo Costa Silva, Silva e Miranda (2006, p. 173) que, “a enfermagem é uma profissão que não exige somente o conhecimento, pois em todos os setores, os enfermeiros são solicitados a fornecer um cuidado integral, envolvendo os aspetos biológicos, psicossociais principalmente, quando este é para pacientes com doenças crónicas”.

Os cuidados de enfermagem são todos os ações desenvolvidas a volta do utente mediante o estado de saúde apresentado por este. Assim sendo Alves, Padilha e Mancia (2004, p. 134) salientam que “cuidar em enfermagem consiste em esforços transpessoais de ser humano para ser humano, visando proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando pessoas a encontrar significados na doença, sofrimento e dor, bem como na existência”.

Relativamente ao portador de VIH/SIDA, Rocha, Angelim, Andrade, Aquino, Abrão, Aurélio (2015, p. 259) afirmam que “os cuidados de enfermagem devem incluir os parâmetros de promoção, proteção e reabilitação da saúde, com ênfase na adesão ao tratamento e atuação do seropositivo no autocuidado”. Pois, “cuidar de um paciente seropositivo é preciso que o profissional o veja como um ser humano, com suas necessidades básicas afetadas, encontrando-se fragilizado, portanto, merecendo mais respeito e atenção” (Pinheiro e Perreira, 2005, p. 572).

Complementando Rocha *et al* (2015, p. 260) os profissionais que se encontram ligados a enfermagem “devem ter em mente que, independentemente da doença, é necessário que se faça um cuidado humanizado, de maneira holística, tendo em vista que não só a saúde física deve ser visualizada, pois a saúde mental também é de fundamental importância para a progressão”.

Por vezes os sentimentos desenvolvidos pelo portador de VIH/SIDA, torna-se um trabalho árduo para a prestação de cuidados, principalmente no início do diagnóstico, ao passo que o enfermeiro não deve só prestar cuidados técnicos mas também emocional dando suporte ao utente. É neste sentido que Nogueira, Gomes e Machado (2015) ressaltam que ao ser diagnosticado esta doença, os sentimentos dos portadores são de dor e sofrimento, dificultando a prestação de cuidados tanto para o próprio como para os profissionais, pois o diagnóstico está intimamente ligado aos sentimentos de morte, abandono, preconceito, rejeição por parte de outrem e medo do desconhecido.

É neste sentido que se apela que os cuidados de enfermagem devem ser prestados de forma a observar o utente em todos os sentidos que fazem parte do seu ser, e não observar somente nos resultados alcançados com os cuidados técnicos prestados. Pois, ao prestar os cuidados em todos estes níveis, ajudará o utente no seu autocuidado, ou seja, levando-o a cuidar da sua própria condição, razão pela qual achou-se pertinente, referir o modelo da Dorothea Orem, que retrata sobre o autocuidado.

1.5.1 Teoria de Dorothea Orem

Sendo que o utente já é portador crónico de VIH/SIDA, e aceitando a sua condição que permanecerá, há que levar em conta que tem de cuidar de si próprio/ sua vida, praticando atividades que não piorem a sua saúde e não só do seu quotidiano, que lhe vão servir para se auto cuidar-se e que não obstante ira melhorar o seu bem-estar e conforto.

As teorias de um modo geral esclarecem e auxiliam nas respostas a serem dadas a determinados pontos referenciados sobre o tema proposto. É neste contexto que se torna importante elucidar uma teoria de enfermagem desenvolvida pela enfermeira Dorothea Orem que se trata da teoria do Autocuidado.

Conforme Vítor, Lopes e Araújo (2010, p. 612) “o modelo do autocuidado proposto por Orem foi desenvolvido na década de 1950, baseado na premissa de que os

indivíduos podem cuidar de si próprios”. Esta Teoria do Autocuidado inclui o autocuidado, a capacidade de autocuidado e as exigências terapêuticas de autocuidado, bem como os requisitos de autocuidado” (Caetano e Pagliuca, 2006, p. 14).

Caetano e Pagliuca (2006, p. 14) salientam que “o autocuidado (AC) é a prática de atividades iniciadas e executadas pelos indivíduos, em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar.” Esta teoria em si enuncia que o utente portador de uma doença que não seja condicionado por qualquer doença tem a capacidade para cuidar de si próprio, sem ser dependente dos outros”.

Parafraseando Méierll e Walll (2012, p. 530) “Orem enfatiza a importância do engajamento do cliente para o autocuidado, para possibilitar que indivíduos, família e comunidade tomarem iniciativas e assumam responsabilidades no desenvolvimento efetivo de seu próprio cuidado em direção à melhoria da qualidade de vida, saúde e bem-estar”. Capacidade de autocuidado é a atitude que o indivíduo tem, que o faz realizar o autocuidado. Esta atitude está condicionada a alguns fatores, sejam elas internos e externos ao indivíduo, como idade, sexo, estado de saúde, fatores socioculturais, padrão de vida, entre outros (Caetano e Pagliuca, 2006).

Na linha de pensamento de Barroso, Brito, Galvão e Lopes (2010, p. 563) “a aplicação do modelo do autocuidado justifica-se, por a AIDS ser uma doença caracterizada pela imunodeficiência e por comprometer o funcionamento do corpo, com consequente desvio de saúde, a depender do próprio paciente como agente ativo do autocuidado para manutenção da saúde”.

E, nestas situações, o autocuidado depende exclusivamente da vontade do utente de se autocuidar, e com um apoio humanizado, individualizado e empatia dos profissionais de saúde, o utente sentir-se-á mais a necessidade de se cuidar (Fernandes, Barbaglia, Daniel e Melo, 2015).

Portanto faz todo sentido fazer a abordagem da teoria de Dorothea Orem sobre o autocuidado, sendo que os cuidados de enfermagem direcionados aos utentes portadores de VIH/SIDA atuam na preparação do utente para o autocuidado, após o diagnóstico.

Neste sentido, a promoção do autocuidado deve ser integrada e inserida nos cuidados de enfermagem, uma vez que facilita e ajuda no encorajamento dos utentes a participarem de forma ativa nas suas atividades diária e no seu processo de tratamento, principalmente utentes portadores de VIH/SIDA, o que os ajuda a conscientizar da sua realidade e responsabilizar-se para cuidarem-se de si próprios.~

1.5.2 Intervenções de enfermagem ao portador de VIH/SIDA

A enfermagem hoje é conhecida pela sociedade como uma profissão digna que apoia e proporcionada cuidados de saúde direcionado aos outros que dela necessitam. Mas todavia com avanços na área de saúde as intervenções de enfermagem passaram a ter mais ganhos, proporcionando uma melhor qualidade de vida na saúde dos utentes.

É importante realçar também que as intervenções de enfermagem prestadas aos utentes portadores de VIH/SIDA servem não só para a melhoria de saúde, como também de exemplos para o utente utilizar como forma de conviver no dia a dia com a sua doença.

Conforme Leite, Moura, Monteiro e Pereira (2013, p. 953):

“as intervenções de enfermagem a pacientes portadores de HIV/AIDS evidencia-se a importância das práticas de cuidar, com o propósito de ampliar as possibilidades e qualidade de vida desses indivíduos uma vez que o curar ainda não representa uma possibilidade de intervenção no cenário atual, trata-se, portanto, de uma caráter de cronicidade”.

Complementando Rocha *et al* (2015), ressaltam que a inserção dos profissionais de enfermagem nos cuidados prestados aos portadores de VIH/SIDA, destacando-se a importância dos diagnósticos de enfermagem para o planeamento das possíveis intervenções, devendo o enfermeiro estar apto a realizar um atendimento humanizado, integral, individualizado e regido de conhecimentos científicos.

Segundo McCloskey e Bulechek, (2004, p. 40) “a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) apresenta uma lista completas de intervenções de enfermagem que abrange a prática de generalista e das áreas especializadas”.

Desta forma será descrita um conjunto de diagnósticos de enfermagem que o enfermeiro pode desenvolver mediante as necessidades humanas fundamentais afetadas (NHF) no utente, que ao mesmo tempo lhe permite implementar, um conjunto de intervenções de enfermagem, obtendo assim aumento nos resultados esperados.

Feitas essas considerações, achou-se credível e excessivamente importante apresentar os principais e possíveis diagnósticos de Enfermagem de *North American Nursing Diagnosis Association* - NANDA e suas respectivas intervenções de enfermagem NIC:

Tabela 4: Principais diagnósticos de enfermagem de NANDA e NIC.

Diagnóstica NANDA	Intervenções de Enfermagem, NIC
Potencial para infecção (1986): vide presença de fatores de risco: defesa secundária insuficiente (por exemplo diminuição da hemoglobina); Imunidade adquirida inadequada; doença crônica; conhecimento insuficiente para evitar exposição a patógenos; desnutrição.	Controlo da infecção Cuidado com lesões Proteção contra infecção Controle do ambiente Supervisão da pele
Nutrição alterada: ingestão menor que as necessidades corporais (1975): Fatores relacionados, falta de défice de informação sobre alimentação adequada; incapacidade para ingerir e digerir alimentos ou absorver nutrientes devido a fatores biológicos, psicológicos, económicos e culturais.	Controle de distúrbios alimentares Controle de líquidos/eletrolitos Controle da dor
Potencial para temperatura corporal alterada (1986): relacionados com vide presença de fatores de riscos: doenças ou traumas que afetam a regulação da temperatura; extremos de idade; exposição ao ambiente frio ou muito frio, e quente ou muito quente; desidratação	Monitorização dos sinais vitais Regulação da temperatura Controle do ambiente Tratamento da febre Controle de líquidos
Isolamento social (1982): relacionada coma alteração do bem-estar; alteração no estado mental; incapacidade para se engajar em relacionamentos pessoais e satisfatórios, alterações na aparência física.	Suporte emocional Construção de uma relação complexa Aumento da auto-perceção Controle do ambiente Aconselhamento
Manutenção da saúde alterada (1982): relacionada com a angústia espiritual que torna a pessoa incapacitada; experiência de pensar; história de falta de comportamentos em busca da saúde; desinteresse expresso em comportamentos de promoção da saúde.	Educação para a saúde Apoio na tomada de decisão Identificação de risco Ensino ao processo de doença
Negação (1988) relacionada com a capacidade reduzida para enfrentar com eficácia os problemas de vida; sistema de suporte ineficiente;	Aconselhamento; Redução da ansiedade; Suporte emocional; Apoio na tomada de decisão; Contar a verdade; Orientação para a realidade;

Fonte: Elaboração própria

Parafraseando Cardoso, Marcon e Waidmani (2008, p. 327) expressam que “se não houver intervenção profissional de saúde, o curso da doença leva a sérios danos,

comprometendo desde a saúde do portador até a disseminação de vírus resistentes, diminuindo, assim, as possibilidades de controlo da patologia”.

Logo, as intervenções de enfermagem devem ser prestadas a cada utente de forma individualizada no seu todo mediante a sua condição de saúde uma vez que cada utente é um utente e apresentam características clínicas diferentes, como forma de ajudar e apoiar o utente.

1.6 Prevenção e promoção na luta contra o VIH/SIDA

Depois de abordada os conceitos históricos e conceitual do tema acima referido, é de grande importância elucidar as formas de prevenção e promoção. Hoje o que se poderia dizer que a melhor forma de combater a disseminação do vírus pelo mundo seria a existência e descobrimento da cura para o VIH/SIDA o que reduziria o número de óbitos e de pessoas infetadas pelo vírus.

Mas no entanto, como não existe ainda uma cura ideal para o VIH, a melhor forma de combater a infeção é atuar na prevenção através da modificação de comportamentos de riscos.

Segundo Silva (2015), acrescenta que a prevenção e promoção da saúde são dois fatos diferentes embora estejam em concordância uma com a outra, ambas são estratégias de intervenção no processo saúde-doença, as ações de cada uma implicam na melhoria da saúde da população por isso, é interessante diferenciá-las para entender melhor nossas ações.

Neste aspeto será abordado a prevenção do VIH/SIDA, nos três níveis de prevenção, que são elas a prevenção primária, secundária e terciária, de forma a ser mais breve, complexo e de maior compreensão para os leitores.

- **Prevenção primária: Educação para a saúde (uso do preservativo)**

No que concerne a prevenção primária é necessário um conjunto de atividades que visam evitar ou remover a exposição de um indivíduo ou população a um fator de risco ou causal antes que se desenvolva um mecanismo patológico (Jamouille, 2000).

É importante referenciar que a prevenção no combate ao VIH começa com a educação nas pessoas seronegativas como forma de prevenir e modificar comportamentos de risco.

A educação para a saúde tem sido uma medida eficaz na prevenção do VIH como forma de chamar a atenção e de transmitir informações necessárias para a população em geral. É desta forma que a Coordenação Nacional para infeção do VIH/SIDA (2007, p. 14) refere que para que esta educação seja transmitida de melhor forma tem que levar em conta os seguintes objetivos:

- Fornecer informações específicas ao grupo alvo de maneira adequada ao seu desenvolvimento;
- Garantir que os indivíduos infetados sejam tratados com respeito, e não sejam alvo de qualquer tipo de preconceito e discriminação;
- Ajudar o grupo alvo a adaptar atitudes e valores que o apoiam na tomada de decisão.
- Clarificar mitos e informações erradas sobre VIH/SIDA;

Assim, para se prevenir da infeção pelo VIH, as organizações de saúde devem priorizar atividades em grupo ou ações de promoção da saúde realizadas na comunidade, focando na promoção da sexualidade saudável, em comportamentos de risco e na orientação sobre o uso correto de preservativos (Guia de Referência Rápida Infeção pelo HIV e AIDS, 2015).

Pois, o uso regular e constante do preservativo, seja masculino ou feminino, é a primeira medida que se aconselha, mas com bons níveis de eficácia e custo relativamente baixo, de modo a ser adotado por todas as pessoas, como medida de saúde pública (Said e Seidl, 2015).

O aconselhamento para testagem é uma forma de diagnosticar precocemente a doença e de tomar medidas para que a infeção não seja adquirida por seronegativos, referindo a ONUSIDA (2005) que para promover o acesso ao aconselhamento para a testagem, é preciso unir esforços para estimular as pessoas a saberem suas condições frente a esta infeção, através de aconselhamento, testes gratuitos e garantindo sempre a confidencialidade.

Logo prevenção primária cria-se no momento em que a Infeção/doença ainda não está hospedada no organismo humano. A sua promoção é feita pela adoção de medidas de ordem geral como a educação para a saúde, o aconselhamento de forma a prevenir e detetar precocemente a Infeção por VIH.

- **Prevenção secundária: o tratamento**

Conforme Jamoulle (2000), a prevenção secundária tem como finalidade a deteção de um problema de saúde num indivíduo ou numa população numa fase precoce, por forma a condicionar favoravelmente a sua evolução.

Para a prevenção secundária, é necessário que o utente aceite primeiramente o estado de saúde em que se encontra, e só neste caso aderir ao tratamento, e aceitar que vai medicamentar-se (toma dos antirretrovirais) durante toda a sua vida, pois estes medicamentos não permitem que as células do vírus se multipliquem no organismo.

Conforme Teixeira e Silva (2008, p. 730) o tratamento “é um caminho complexo, sendo necessária uma compreensão e aceitação, pelas pessoas que dela fazem uso, as recomendações terapêuticas que repercutem na dinâmica da vida quotidiana”. O tratamento deve começar logo após o diagnóstico e este não implica apenas o uso de drogas, inclui também o acesso a serviços adicionais que promovam a saúde e garantam a retenção do utente ao longo do tratamento, que é feito com as terapias antirretrovirais (TARV) (ONUSIDA, 2015).

Segundo Braselli *et al* (2006) a principal finalidade do TARV é diminuir a replicação viral o mais tempo possível, de forma a retardar a progressão para a doença, prolongar a vida, alcançar e preservar o sistema imune da pessoa infetada.

O tratamento é muito importante para o utente pois traz vantagens não só para a prevenção como também para a vida do utente. O utente possui mais opções para a sua vida, mais motivação a seguir o tratamento, diminuição do estigma e discriminação associadas ao vírus, acabando por diminuir drasticamente a transmissão do vírus (ONUSIDA, 2015)

Portanto denota-se que é importante aos indivíduos que lhe é diagnosticado a infeção por VIH, que procuram os serviços de saúde de forma a iniciar o tratamento, pois assim garante extensão do tempo de vida, apesar do tratamento continuar para toda a sua vida. E por conseguinte haverá um maior controlo por parte dos profissionais de saúde.

- **Prevenção terciária: Reabilitação**

Comparativamente a prevenção terciária, segundo Almeida (2005, p. 93) “a prevenção terciária tem como finalidade reduzir os custos sociais e económicos dos estados de doença na população através da reabilitação e reintegração precoces e da

potenciação da capacidade funcional remanescente dos indivíduos”. Ainda, na perspectiva desse autor a prevenção se encontra na reabilitação, em que o portador de VIH/SIDA que já tem a doença, é prestado intervenções como forma de minimizar os problemas de saúde apresentado pela doença.

Segundo Ribeiro, Arujo, Mello, Rubim e Ferreira (2010, p. 43) “reabilitação inclui diagnóstico, intervenção precoce, uso adequado de recursos tecnológicos, continuidade de atenção visando à compensação da perda da funcionalidade do indivíduo, à melhoria ou manutenção da qualidade de vida e à inclusão social”.

É necessário que na reabilitação se ofereça ao portador de VIH/SIDA uma melhor qualidade de vida, no qual se ajusta a reinserção do indivíduo na família, na sociedade, no trabalho e nas escolas e também através da humanização dos cuidados prestados (Dias, 2011).

Concluindo geralmente a reabilitação dos portadores de VIH/SIDA passa-se pelo apoio dado pelos agentes sociais que fazem parte do quotidiano do portador, e nos cuidados dos profissionais de saúde, como forma de ajudar na sua reinserção social.

CAPÍTULO II: FASE METODOLÓGICA

2.1. Fundamentação Metodológica

Com a fundamentação dos tópicos acima desenvolvidos da temática em estudo, segue-se a fase metodológica utilizada para desenvolver a pesquisa.

É neste sentido que Fortin (2009. p, 53) afirma que “a fase metodológica consiste em definir os meios para realizar a investigação. E é no decurso da fase metodológica que o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas as questões de investigação ou verificar as hipóteses”.

Neste contexto, os métodos empregados para obter os objetivos delineados na pesquisa foram a escolha de um método de investigação, um instrumento de pesquisa, que define a população alvo e por fim a recolha e análise os dados.

É de realçar que teve como campo empírico a Associação de Seropositivos de São Vicente (Abraço) sendo que é a única associação que foi criada para dar auxílio e reinserção dos seropositivos na sociedade, aqui em São Vicente.

2.1.1. Tipo de estudo

Tendo por base os objetivos do estudo, segue-se o método de investigação qualitativa, uma vez que ajusta melhor com o perfil do estudo em decurso, e oferece uma melhor compreensão do fenómeno a ser estudado, pois sendo que o objetivo do estudo presente não é calcular em quantidade mais sim de saber, reconhecer e relatar a vertente de cada participante sobre o fenómeno em estudo.

Na investigação qualitativa o investigador é participante pois participa diretamente na investigação, uma vez que se encontra dentro do campo empírico onde será efetuada o estudo.

A pesquisa intitulada com a população eleita para a colheita dos dados, leva a ser de natureza descritiva na medida em que se pretende conhecer, identificar e descrever a vivência e sentimentos relatado pelos utentes portadores de VIH/SIDA.

Trata-se de uma pesquisa exploratória, sendo que o tema em si é pouco explorado nos trabalhos realizados em Cabo Verde, assim como na universidade do Mindelo. Conforme o presidente da associação, em Cabo Verde, existem ainda utentes que encobrem a doença, pelo medo daquilo que a família pensa ou mesmo a sociedade, razão pela qual dificulta a realização de trabalhos, com temas desta natureza.

Trata-se de uma abordagem fenomenológica uma vez que visa conhecer a vivência e sentimentos do utente fase a sua doença, onde a análise é feita com dados

subjetivos, o conhecimento possuído pelos participantes, experiências descritas pelos participantes, tal como elas são.

2.1.2. Caraterização do Campo Empírico

Antes de falar sobre o campo empírico, assegura-se primeiramente que todas as informações disponíveis acerca da Associação de seropositivos de São Vicente (Abraço) foram disponibilizadas pelo presidente da associação

A pesquisa foi feita na Associação de Seropositivos de São Vicente - Abraço situado no Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e Drogas (CAPS), em Ribeira Bote.

Esta associação foi criada no dia 30 de setembro de 2009, com o apoio da Instituição da Associação de Autopromoção na Mulher (MORABI). Mas foi legalmente constituída e publicada no boletim oficial em 2012. Passou a ser constituído por um corpo diretivo com um Presidente, um Tesoureiro, e uma Secretária, e possuía ainda outros órgãos sociais mas que infelizmente não funcionam.

Foi fundada com 15 membros fundadores, e até agora permanece com 45 membros associados dos quais todos são portadores de VIH/SIDA. É de realçar que alguns desses membros são socialmente assumidos como sendo portador de VIH/SIDA.

O objetivo dessa associação é de apoiar pessoas portadoras de VIH/SIDA de São Vicente em termos de atendimento e prestação de serviços de apoio psicossocial, facilitando a sua inclusão no processo de luta contra VIH/SIDA.

Desde da sua criação, tem vindo a trabalhar em colaboração com as estruturas de saúde, e instituições públicas da sociedade civil em São Vicente, no aumento de informação e encaminhamento de pessoas portadoras de VIH/SIDA para os serviços de saúde, na assistência social, (em casos onde os portadores de VIH/SIDA não possuem quaisquer condições para suportar o custo de uma melhor qualidade de vida) e no serviço de combate ao estigma e a discriminação social.

Esta associação conta com o apoio de umas algumas instituições tais como (Delegacia de Saúde de São Vicente, a Câmara Municipal, entre outros), hoje dispõem de um sala equipada com materiais técnicos que servem de meio para os utentes estarem em contato com o mundo das novas tecnologias, aprendendo a utilizar o computador e a permanecerem atualizados sobre fenómenos que passam no mundo.

Ainda realça-se que no centro há uma psicóloga que se encontra disponível para encontros, não só com os portadores de VIH/SIDA como também para as demais utentes que necessitam de apoio psicológico, apesar destes também serem acompanhados por um grupo de profissionais como (Enfermeiros, Assistente Social, Psicólogos e médicos) da Delegacia de Saúde de São Vicente.

É importante realçar que a instituição tem vindo a trabalhar no processo de promoção dos direitos dos utentes portadores de VIH/SIDA em São Vicente.

2.1.3. População alvo

A pesquisa baseou-se num conjunto de pessoas que conservava as características essenciais para dar a resposta as questões colocadas.

É neste contexto que a população escolhida para a realização da investigação foram cinco (5) utentes portadores de VIH/SIDA inscritos na Associação de Seropositivos de São Vicente (Abraço). Inicialmente a população alvo foi todos portadores de VIH/SIDA, inscritos nesta associação, com um total de 45 portadores.

Para a seleção dos participantes, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão:

- Ser portador de VIH/SIDA com mais de três anos;
- Ser portador de VIH/SIDA inscrito na Associação de Seropositivo de São Vicente (Abraço);
- Aceitar de forma livre e espontânea, participar da pesquisa.

E, como critério de exclusão: portadores de VIH diagnosticados recentemente.

Tendo em conta estes critérios, a população alvo ficou constituído por apenas cinco utentes portadores de VIH trabalhadores, e que participaram ativamente. É de realçar também que foram só estes cinco utentes que participaram na entrevista sendo que estes trabalham como voluntários na associação e alguns deles são socialmente assumidos, de forma que não sentem qualquer constrangimento em expor a sua história. Os outros utentes não quiseram participar, pois, conforme os mesmos, ainda não aceitaram socialmente a sua doença e não sentem-se em disposição para partilhar a sua história de vida com outras pessoas.

O número reduzido de utentes portadores de VIH não interferiu na qualidade do estudo, sendo que estes vivenciam com doença há vários anos facultando informações pertinentes para a pesquisa.

2.1.4. Instrumento da Colheita de Dados

Para a concretização da pesquisa foi necessário a colheita de dados no campo de pesquisa. A recolha de dados consiste em obter informações primordiais para a pesquisa através dos participantes, que neste sentido foram direcionados para os utentes portadores de VIH/SIDA inscritos na Associação de Seropositivos de São Vicente.

Tendo em conta os objetivos do estudo, o método utilizado para a recolha de dados foi a entrevista referindo Fortin (2009) que é o principal método de colheita dos dados nas investigações qualitativas que permite a comunicação verbal entre duas pessoas, um entrevistador que recolhe dados e um respondente que fornece a informação.

Escolheu-se a entrevista semiestruturada assegurada por um guião de entrevista (apêndice V), tendendo o próprio investigador a controlar o desenrolar da entrevista, podendo assim fazer a análise e interpretação dos resultados, conseguindo comparar grupos de respostas. Os objetivos desse guião de entrevista foram os seguintes: Servir como um meio de suporte para a realização do estudo; obter dados importantes para dar resposta aos objetivos intitulados no estudo;

As entrevistas foram realizadas no mês de julho, em que o lugar para a entrevista foi na Associação (Abraço) uma vez que esses utentes encontram-se constantemente na associação e sentiram mais à-vontade para exporem a sua história de vida, a duração das entrevistas foi de 35 a 60 minutos. Foi utilizado como gravador o telemóvel para arquivar as informações de forma que estes facilitassem na sua transcrição, e como garantia da confidencialidade foi entregue aos participantes um termo de consentimento informado (Apêndice IV).

As entrevistas foram feitas na língua materna, o crioulo, por estes estarem mais aptos a essa língua no seu dia a dia, e de compreenderem melhor as perguntas a serem colocadas, e ao mesmo tempo se sentirem mais a vontade para dialogar. Seguidamente foram transcritas em língua portuguesa, garantindo a lealdade das palavras empregadas pelos participantes.

2.1.5. Procedimentos Éticos

Como forma de realizar esta investigação, foi entregue um requerimento (apêndice III) ao Presidente dessa Associação de Seropositivo de São Vicente como

forma a pedir autorização para a realização do estudo, o que foi aceito e assinado pelo presidente admitindo a realização do estudo nesta associação.

A ética em qualquer estudo de fórum científico deve ser prosseguida respeitando as normas de forma que o pesquisador alcance os resultados aguardados.

É neste sentido que foi informado previamente os participantes sobre a realização da pesquisa e posteriormente entregue um consentimento informado, respeitando o anonimato e confidencialidade da pesquisa, assim como dando a liberdade dos participantes em escolherem o nome de um flor a ser designado no estudo (girassol, Iris, Cravo, jasmim, Rosa Branca e Rosa vermelho), como forma de manter o sigilo dos nomes. Foi escolhido flores por iniciativa dos participantes porque conforme os mesmos essas flores tinham um significado especial para eles.

Para a realização da entrevista aos utentes, foi utilizado o telemóvel como forma de arquivar as entrevistas, com plena autorização dos utentes através de uma nota no consentimento informado sem infringir no anonimato, e posteriormente a transcrição das entrevist

CAPÍTULO III: FASE EMPÍRICA

3.1. Análise e apresentação dos resultados

Para o tratamento e análise das entrevistas da pesquisa, foi feita a leitura e interpretação da exposição das informações que foram colhidas, dando ênfase sempre aos objetivos explanados no estudo.

Relativamente ao tratamento dos dados colhidos os nomes foram escolhidos pelos próprios participantes apresentados por nomes fictícios de modo a respeitar o direito ao anonimato do utente, percorrendo sempre de forma ilustre a ordem com que os participantes expuseram as informações.

A exposição da análise das entrevistas acompanhou a ordem atribuída ao guião de entrevista, visando fornecer uma melhor entendimento por parte dos leitores.

3.1.1. Apresentação dos resultados a entrevista

As variáveis expostas para a caracterização da população alvo foram o sexo, a idade, Grau de escolaridade que possuem, profissão, a forma como adquiriram o vírus e tempo que tem como portador de VIH, expostos no quadro que se segue:

Dos cinco (5) participantes, três (3) eram do sexo feminino e dois (2) do sexo masculino com a idade que ascende entre os trinta e seis anos (36) aos cinquenta anos (50) de idade, todos solteiros (as). Tratando da escolaridade, três (3) possuíam o ensino básico com 3º e 4º ano de escolaridade e os outros possuíam o ensino secundário com 10º ano de escolaridade. Em relação a profissão exercida, um (1) era ativista social, uma (1) trabalha por conta própria, um (1) que antes era pintor de profissão permanece desempregado, uma (1) era vendedeira ambulante e outra (1) doméstica.

Relativamente aos anos que têm como portador de VIH/SIDA vai desde dos seis (6) aos dezasseis (16) anos entre os utentes. Quanto a forma de aquisição do VIH/SIDA três (3) referiram ter adquirido o vírus através da transmissão sexual, reforçando a ideia de que a transmissão sexual é a mais popular para adquirir o vírus, um adquiriu através de transmissão sanguínea e só um entrevistado referiu que não sabe ao certo se adquiriu o vírus por via sexual ou por via sanguínea justificando que era toxicod dependente na altura e que poderia ser com as trocas de seringas com colegas ou por via sexual dizendo ter tido relacionamentos sexuais sem proteção com mulheres mais velhas e com prostitutas.

Tabela 5: Caracterização dos utentes portadores de VIH/SIDA.

Utente	Idade	Género	E. Civil	Grau de escolaridade	Profissão	Anos com VIH/SIDA	Forma de aquisição
Cravo	38	Masculino	Solteiro	10ºAno	Ativista social	13 Anos	Sexual/Sanguínea
Rosa vermelha	44	Feminino	Solteira	4ºAno	Domestica	14 Anos	Sexual
Iris	48	Masculino	Solteiro	10ºAno	Desempregado	16 Anos	Sanguínea
Rosa Branca	50	Feminino	Solteira	3º Ano	Vendedeira ambulante	10 Anos	Sexual
Girassol	36	Feminino	Solteira	5º Ano	Domestica	6 Anos	Sexual

De seguida apresentar-se-á os resultados, e, de forma a facilitar as informações recolhidas achou-se pertinente organiza-las em categorias, onde cada categoria será descrita por um pequeno texto com os vocábulos relatadas pelos utentes, sendo elas:

1ª Categoria- Conceitos inerentes ao tema em estudo;

2ª Categoria - Sentimentos dos utentes portadores de VIH/SIDA;

- **Subcategoria I** - Reação dos familiares após o diagnóstico;

3ª Categoria - Vivência dos utentes portadores de VIH/SIDA;

4ª Categoria - Práticas de saúde dos utentes portadores de VIH/SIDA;

- **Subcategoria I-** estratégias adotadas para conviver com a doença;

5ª Categoria – Cuidados de saúde/enfermagem prestados aos utentes portadores de VIH/SIDA

1ª Categoria- Conceitos inerentes ao tema em estudo.

Relativamente a segunda categoria, o principal objetivo era identificar a perceção dos utentes inscritos na Associação de Seropositivos de São Vicente sobre os conceitos inerentes ao tema em estudo. Dentro destes conceitos foram-lhes solicitados para conceitualizar VIH, em que os cinco (5), em conformidade, responderam que o VIH é um IST, e que pode progredir para a doença SIDA. Relatando a resposta de alguns utentes que salientam que:

Cravo - *“VIH é um vírus que é sexualmente transmissível e que posteriormente vem causar uma doença chamada SIDA.”*

Rosa Branca - *“VIH é um vírus que entra no nosso corpo através de relação sexual sem proteção, em que vivo com ele durante todo o tempo de vida chegando depois a tornar-se numa doença, a SIDA.”*

Girassol - *“VIH é um vírus que é transmitido por várias vias como (via sexual, por drogas com seringas e de mãe para o filho, e que causa a SIDA, onde a única forma de controlar é usando a medicação”.*

Em relação a essa questão verifica-se que todos os utentes souberam conceituar o VIH, de um modo simples e compreensível, adaptada aos conhecimentos possuídos pelos mesmos. Não se deixa de realçar que os utentes entrevistados tem mais de 6 anos com a doença, e alguns destes são socialmente assumidos como seropositivos, o que não interferiu na vontade de expressar sobre as questões colocadas.

Ainda inserido nesta categoria, foi requerido aos participantes para definirem o que é SIDA, onde foi notável que por unanimidade deram a mesma resposta, salientado que SIDA é uma doença contagiosa causada pelo VIH, podendo ver as respostas de dois participantes:

Cravo - *“ SIDA é uma doença contagioso que é causada pelo VIH e pode levar a morte”.*

Girassol - *“SIDA é uma doença causada pelo vírus de VIH, e se a pessoa não cuidar pode levar ao surgimento das doenças oportunistas, o que não é bom para quem é portador de VIH porque deixa o nosso corpo mais fraco”.*

2ª Categoria - Sentimentos dos utentes portadores de VIH/SIDA;

Esta categoria foi no sentido de conhecer os sentimentos dos participantes, após o diagnóstico e os sentimentos recentes, pois, conforme os sentimentos assim será a forma de viver dos mesmos.

Vários são os sentimentos desenvolvidos pelos utentes quando diagnosticados que são portadores, podendo ser sentimentos de negação, depressão, medo, angústia, vergonha ou até mesmo de suicídio. Conforme as respostas dos entrevistados estes foram os sentimentos desenvolvidos após o diagnóstico, mas com o passar dos anos, com a aceitação da doença na suas vidas salientaram por concordância que sentem-se indivíduos normais e felizes pois existe coisas piores, vendo nos transcritos abaixo, respostas de dois dos entrevistados:

Iris - *“Assim que me disseram que eu era portador de VIH fiquei em estado de choque, única coisa que pensei no momento foi em suicidar, sendo que eu era toxicodependente*

fui fazer uma overdose com heroína mas infelizmente quando acordei estava no hospital,...mas agora sinto-me uma pessoa normal com sentimentos igual a qualquer pessoa, pois sei que há muitos que tem doenças piores como o cancro e que não chegam a ter a oportunidade de viver tanto que como eu”.

Rosa branca - *“Os sentimentos que desenvolvi com o diagnóstico foi de negação, revolta ao pensar (porque justo eu) foi de medo ao imaginar que podia morrer e deixar os meus filhos pequenos sem mãe, pois naquela altura não tinha medicamentos...mas agora os sentimentos que tenho é de felicidade e de sentir uma pessoa completa porque acabei por aceitar a doença o que custou muito anos mais entendi que há coisas piores na vida única coisa que sinto falta é de um companheiro.”*

Mas um dos participantes respondeu que foi positivo uma vez que houve mudanças na sua vida, e ganhou o respeito por parte dos familiares sendo que era toxicodependente e o diagnóstico de VIH surgiu como uma salvação para sair da toxicodependência, respondendo da seguinte forma:

Cravo- *“a doença foi algo de positivo na minha vida porque tive mudanças na minha vida para melhor, essa doença surgiu como uma salvação na minha vida se calhar se não fosse essa doença ainda estaria a drogar ou mesmo morto, hoje tenho o respeito dos meus familiares”.*

O que se nota é que estes sentimentos negativos são vividos após a descoberta da doença pela maioria, o que causa mudanças consideráveis na vida e nas relações de todos, mas que são ultrapassados gradativamente, com o tempo.

Subcategoria I- Reação dos familiares após o diagnóstico.

Nesta categoria, achou-se pertinente incutir uma subcategoria – reação dos familiares após o diagnóstico – uma vez que nem sempre os familiares ajudam nestes casos, não tendo apoio ou sendo até discriminados pelos mesmos, dificultando a reinserção do portador na sociedade. Mas se o utente portador de VIH/SIDA tiver o apoio da família, consegue ultrapassar a fase e seguir em frente mesmo com o preconceito da sociedade. Dando ênfase a resposta relatada por duas (2) dos participantes ao afirmarem:

Rosa vermelha - *“no princípio quando me foi diagnosticado a doença não disse nada a minha família manteve em silêncio durante sete anos com o medo de qual seria a reação dos familiares mas depois decidi contar que era seropositivo... confesso foi um dos piores momentos da minha vida, a reação deles foram dos piores, a minha família me*

negou por completo ficando todos chocados não queriam que eu fosse as suas casas...o pior foi quando o meu pai olhou para mim e me disse que nunca mais queria ver-me na sua frente e nem me aceitava-a na sua casa, e que eu não serviria para nenhum outro homem”.

Cravo - “...não tive como chegar na minha família para lhes contarem que eu era portador de VIH, fui interiorizando a doença e passado algum tempo lhes contei, eles reagiram normal, ficando pouco surpresos, mais ao mesmo tempo ficaram chocados com a notícia pois eu era toxicodependente sempre quiseram me apoiar para que eu sai-se da dependência das drogas... eles me apoiaram”.

3ª Categoria - Vivência dos utentes portadores de VIH/SIDA

Nesta categoria retrata-se a vivência dos utentes com a família, amigos sociedade e trabalho, uma vez que quando é revelado, todas estas componentes têm tendência a afastar-se, surgindo assim a estigma e/ou discriminação, isolando o indivíduo e agravando o seu estado de saúde. Mas, nem sempre isto acontece, em que obtêm apoio de todos os que o rodeiam, incentivando-os a aceitar a doença e a viver de uma forma mais digna possível. Pode-se ver as respostas de alguns participantes:

Iris - “a vivência com a minha família é boa pois sendo que eles me respeitam como sou (seropositivo) e nunca me apresentaram atos preconceituosos ... com os amigos sendo aqueles que não afastaram de mim quando souberam do diagnóstico é muito boa mas alguns afastarem porque já não tenho a quantidade de amigos que tinha antes, se calhar eles afastaram pelo medo de contraírem a doença...”

Rosa branca - “A vivência com a minha família é ótimo, aceitaram a minha doença e me ajudam naquilo que era preciso... bem...como os meus amigos tenho um bom relacionamento, pois aceitaram a minha doença, sempre me apoiaram para não desistir e deram-me força para seguir em frente...”

Relativamente ao quotidiano na sociedade, afirmaram que algumas vezes foi-lhes demonstrado o preconceito tanto em algumas instituições como também na rua por pessoas que sabiam que eram seropositivos, e no trabalho alguns afirmam que trabalham por conta própria e nunca lhes foi apresentado atos preconceituosos e que todos reconhecem o trabalho e lhe dão o devido valor, podendo ver das respostas de Íris e Rosa Branca:

Iris - a vivência com a sociedade não é como se eu fosse uma pessoa que não tem VIH pois uma vez sofri preconceito por pessoas na rua que me apontaram o dedo dizendo

em voz alta que eu era seropositivo, ... a vivência no trabalho? Não tenho muito a dizer pois sou pintor de profissão mas já tem alguns anos que não trabalho ...”.

Rosa Branca – *na sociedade... o que tenho a dizer é que sempre nos criticam com a cara escondida... no trabalho a vivência é boa pois sou vendedora ambulante e tenho os meus fregueses, eles nunca me desrespeitaram por ser seropositivo, pelo contrário sempre deram valor ao meu trabalho”.*

4ª categoria - Práticas de saúde dos utentes portadores de VIH/SIDA.

Relativamente a esta categoria, foi no sentido de saber se estas participantes que já se encontram com anos diagnosticados a doença, se levam suas vidas como antes ou se seguem a risca as atividades pertinentes para que consigam viver com a mesma. Pois só assim conseguirão levar uma vida com maior bem-estar e conforto, desligando dos preconceitos e das emoções e sentimentos negativos. Os utentes referiram em conformidade que as práticas de saúde devem ser realizadas para uma melhor qualidade de vida, alegando que essas práticas de saúde os ajudam a ter uma visão mais prolongada das suas vidas, como se pode ver nas respostas a seguir:

Girassol- *“as práticas de saúde que faço é tomar a medicação sem esquecer pois é muito importante, ... ir as consultas de rotinas sempre na data que marcada e fazer uma alimentação saudável sempre que tenho condições e fazer uma boa higiene íntima”.*

Íris - *“as práticas de saúde que pratico são tomar a medicação que é primeira coisa da minha vida que faço todos os dias, fazer exercícios físicos sempre que posso e ir as consultas... essas práticas de saúde são importantes porque sei que me ajudam a viver mais anos de vida tendo a saúde e o meu corpo em forma”.*

O que constata-se é que dão uma extrema importância a medicação, o que é compreensível pois essa medicação ajuda-os a ter mais tempo de vida e a controlar a replicação das células do vírus no organismo.

A resposta que segue trata-se sobre as consultas de rotinas e sua importância, pois todos responderam que fazem consultas de rotinas que são marcadas pela Delegacia de Saúde de São Vicente, dizendo que essas consultas são importantes pois os ajudam a ter um controlo acerca da saúde. Salientando a resposta de três (3) entrevistados dizem que:

Cravo - *“ Sim faço consultas de rotina de 3 em 3 meses na Delegacia de Saúde...essas consultas são importantes porque me ajuda a ter um controlo sobre a minha doença e a sentir uma pessoa melhor e feliz”.*

Rosa Branca - *“ Sim faço consultas de rotina de 4 em 4 meses na Delegacia de Saúde uma vez que nos seropositivos temos o acompanhamento é da Delegacia de Saúde... essas consultas é importante uma vez que consigo fazer análises de rotina, acompanhar a doença e o meu estado de saúde”*.

Rosa Vermelha - *“ sim de 6 em 6 meses faço a minha consulta de rotina, acho que essas consultas são importantes porque é através dessas consultas que consigo acompanhar de mais perto a minha saúde, da para ver se tenho alguma doença oportunista o que complica o nosso estado de saúde”*.

Subcategoria I - Estratégias adotadas para conviver com a doença.

Nesta categoria, achou-se pertinente inserir uma subcategoria que diz respeito as estratégias que os participantes adotam como forma de conviver com a doença, para além das práticas de saúde realizadas pelos mesmos. Pois com as estratégias utilizadas ajudam os portadores a afastarem-se de diversos comportamentos de risco, realçando a resposta de três utentes que afirmam:

Cravo - *“as estratégias que eu desenvolvo como forma de conviver com a doença é enfrentar a doença de peito aberto, não sentir vergonha, tomar os medicamentos e poupar a minha vida não ingerindo álcool nem drogas”*.

Rosa Vermelha - *“as estratégias que tenho como forma de conviver com a doença são comer alimentos saudáveis, tomar os medicamentos na hora, fazer exercícios físicos quando tenho tempo, sair de vez enquanto com amigos e amigas para convívios”*.

Rosa Branca - *“as estratégias que adoto como forma de conviver com a doença é pensar que a doença não existe, levantar todos os dias e ir trabalhar, e tomar os meus medicamentos”*.

5ª Categoria – Cuidados de saúde/enfermagem prestados aos utentes portadores de VIH/SIDA;

Nesta categoria mostra-se quais os cuidados prestados pelos profissionais de saúde e sobre os cuidados de enfermagem. Pois, estes utentes, ao serem diagnosticados, necessitam de uma equipa multidisciplinar na prestação de cuidados, vendo-o como um ser holístico, cuidando-o nas vertentes sociais, psicológicas, físicas, culturais, entre outros. Tentar incutir a família neste processo já que é um componente importante para que o portador continua seu tratamento e viva num ambiente confortável. No que tange a questão relacionada aos cuidados prestados por alguns profissionais de saúde, em

unanimidades todos afirmaram receber cuidados de saúde por parte de alguns profissionais de saúde da Delegacia de Saúde, expondo alguns profissionais de saúde que os acompanham como, Enfermeiros, Médicos, Assistente social, Psicólogos. Expondo a resposta de alguns entrevistados que salientam que:

Girassol-“ *sim recebo cuidados de saúde por parte de profissionais de saúde, cada um presta cuidados diferente, o enfermeiro me administra os medicamentos e se vou para consulta me tira o peso e me avalia a tensão arterial, o medico, além de fazer a consulta normal me dá conselhos para uma boa alimentação e conselhos para o uso do preservativo... já ao cuidados prestados pelos psicólogo não tenho muito a dizer sinto-me um psicólogo para minha própria pessoa*”.

Rosa branca -“ *o psicólogo era logo no início da doença que ia para as sessões com o psicólogo mais agora sinto-me um pessoa forte e com a aceitação da doença, já não vou para consultas com o psicólogo porque decidi que o psicólogo para a minha pessoa sou eu mesma... o assistente social nos trata bem, faz-nos as marcações de consultas e as análises*”.

Aqui foi notório que os utentes dão importância aos profissionais de saúde que os acompanham, mais mostram-se que não necessitam de consultas com psicólogos, o que indica que alguns já aceitaram a sua doença.

Ainda achou-se pertinente saber desses participantes se os cuidados prestados por parte dos enfermeiros são suficientes, pois o enfermeiro tem um papel fulcral neste processo, obtendo respostas de alguns participantes:

Rosa Vermelha -“*os cuidados de enfermagem são insuficientes porque ainda falta a parte humana não vejo e nem escuto os enfermeiros a falar comigo só me dá a medicação,...*”.

Cravo -“*os cuidados de enfermagem são insuficientes na medida em que, falta a parte humana*”.

Íris -“*Acho que os cuidados de enfermagem são suficientes porque se fizermos a comparação com outros países do mundo, que pessoas que vivem com VIH não tem nem medicamentos e quanto mais cuidados de enfermagem portanto não tenho que reclamar*”.

3.1.2. Conclusão dos resultados

Tendo finalizado esta etapa do trabalho, passa-se as conclusões e considerações acerca dos resultados da pesquisa.

Com base no que foi apresentado no enquadramento teórico sobre o VIH/SIDA, vivência e os sentimentos desenvolvidos pelo portador de VIH/SIDA, relacionada com os dados colhidos mediante a aplicação da entrevista conseguiu-se dar resposta aos objetivos traçados no trabalho.

Apercebeu-se que os entrevistados têm noção da doença e todos os aspetos que a abarcam, o que é notável durante o percurso do trabalho. Pois, quando se conhece a doença, é mais fácil lidar com a mesma, de forma a aceitarem e participarem ativamente nos cuidados o que contribui para o autocuidado. É através do autocuidado que a pessoa pratica atividades relacionadas a sua saúde, de forma autónoma, para manutenção da sua saúde, conforto e bem-estar. Com o autocuidado, o utente consegue regular a sua alimentação, o que ajudar na sua hidratação e eliminação, estar atento no seu equilíbrio entre atividade e descanso, assim como ajudar na manutenção de equilíbrio entre solidão e interação social.

Deparou-se que após o diagnóstico, os sentimentos desenvolvidos são negativos quando o portador de VIH/SIDA se confronta com a realidade irreparável, na medida em que o VIH/SIDA é uma doença crónica, o que dá sentido para o desenvolvimento desses sentimentos, que centram-se muitas vezes no suicídio. Pois, o diagnóstico tem um forte impacto não só no indivíduo como também nas pessoas que o rodeia e, esta carga emocional é devido a doença ser de foro crónico e associado a morte.

O VIH/SIDA, tem um grande peso social porque desde sempre foi visto como algo negativo, levando a discriminação e estigma, e com isto, quando o indivíduo recebe o diagnóstico, tem uma mistura de sentimentos, podendo ser de desespero, medo, culpa, negação e como referido anteriormente, suicídio. Também pode desenvolver outros problemas mentais como depressão, ansiedade, entre outros.

A vivência com os componentes (família e amigos) no quotidiano do portador é importante, incluindo também o trabalho e a sociedade, dando mais importância a família na medida em que esta o ajuda na construção e na adaptação de uma nova vida. Assim entendeu-se que a família e os amigos são fulcrais na vida do portador de VIH/SIDA, com o apoio disponibilizado no dia a dia, ajudando-o a viver com a doença. Ainda inserido na vivência observou-se que com o mundo em constantes mudanças na nossa sociedade, existe o preconceito perante os portadores o que não ajuda na inserção do portador com o mundo social. Como se pode observar se a sociedade não mentalizar

e compreender aquilo que o portador sofre com a doença, e em conjunto com atos preconceituosos torna o indivíduo psicologicamente debilitada.

Entendeu-se ser importante a realização de práticas de saúde, o que da motivação e uma melhor qualidade de vida, voltada para a extensão do tempo de vida, quando estes são praticados de forma consistente e ativo no dia a dia desses utentes. Principalmente a toma da medicação sendo que revela o principal modo de controlo do vírus no organismo.

Observou-se a necessidade de prestar mais cuidados ao utente portador de VIH/SIDA como um todo holístico, com uma visão ativa e integrada, de forma que as suas necessidades sejam satisfeitas contribuindo para uma melhor qualidade de vida dos mesmos, desenvolvendo uma relação entre enfermeiro/utente, para que este se sinta confiante e consiga expor as perturbações causadas pela doença. O enfermeiro é um dos profissionais de saúde que acompanha e está mais próximo desses utentes, portanto é importante que aja um engajamento por parte do enfermeiro de forma a transmitir aquilo que o utente necessita.

Então, chegando a conclusão da discussão dos resultados obtidos, pensa-se ser satisfatório, pois denotou-se que os utentes têm um conhecimento sobre a sua doença tendo observado que algumas respostas dadas pelos utentes, através da sua vivência e com o conhecimento próprio sobre a doença, vão de encontro com algumas fundamentações da revisão da literatura constadas no trabalho.

4. CONCLUSÃO

O VIH/SIDA é uma doença crónica, que desde o seu aparecimento tem originado problemas a nível público. Este, não tem cura, mas é necessário pensar que os indivíduos portadores dessa doença fazem parte da nossa sociedade em virtude de possuírem uma vida normal. Portanto é importante que a sociedade deixe de lado o preconceito, discriminação e o estigma, o que ajudaria de uma forma completa a vida e a reinserção social dos portadores de VIH/SIDA.

Com a finalização do trabalho mostra-se que os objetivos delineados no trabalho foram alcançados.

Quanto ao objetivo específico sobre a caracterização dos utentes portadores de VIH/SIDA inscritos na Associação de seropositivos de São Vicente foi alcançada na medida em que, com a aceitação e partilhação no trabalho foi possível obter a caracterização desses utentes, o que foi demonstrada de forma individualizada, uma vez que sem a caracterização ou a participação dos utentes não seria possível concretizar o trabalho.

Em relação ao objetivo específico que pedia para identificar os sentimentos do utente face a sua doença, foram identificados e demonstrados ao longo do trabalho, uma vez que deparou-se mediante as entrevistas e na revisão da literatura, que viver com VIH/SIDA é viver com diversos sentimentos, o que contribui para o desenvolvimento de perturbações psicológicas no portador, tendo muitas vezes despertar sentimentos e comportamentos que podem levar ao suicídio/morte. Mas muitos conseguem ultrapassar estas condições como se pode ver nas entrevistas, vivendo suas vidas de forma normal, mediante aceitação da doença. Mas tudo isto só é possível se estes utentes tiverem apoio de todos que os rodeiam, principalmente a família.

Quanto ao objetivo específico que pedia para descrever as vivências desses utentes no contexto em que se encontram inseridos, foi alcançada dado que os expuseram a sua vivência no dia a dia, demonstrando a forma como vivência com a doença, em cada aspetos que fazem parte da sua vida social tanto a família, amigos a sociedade e o trabalho, o que foi redigido ao longo do trabalho.

Relativamente ao objetivo específico que pedia para conhecer a opinião dos utentes face a prestação dos cuidados de enfermagem foi alcançada uma vez que cada entrevistado elucidou a sua opinião sobre esses cuidados, o que revela ser insuficiente para esses utentes. Conforme a revisão da literatura apercebeu-se qual a real

importância desses cuidados de enfermagem no portador de VIH/SIDA, sendo que a forma como esses cuidados são prestados na vertente de observar o utente como um todo contribui para o auto cuidado dos utentes portadores de VIH/SIDA tornando-o utente mais independente na sua própria vida tendo mais autoconfiança em si próprio.

Sendo assim conseguiu-se dar resposta ao objetivo geral que visava conhecer a vivência e os sentimentos dos utentes portadores de VIH/SIDA de São Vicente, o que foi plausível concluir que a vivência que esses utentes tem é como uma indivíduo normal, que tem uma família, amigos, mas que ao serem portador de VIH/SIDA nem sempre são observados de igual forma por indivíduos da sociedade. Já aos sentimentos são reversos onde foi viável concluir que os sentimentos desenvolvidos foram de suicídio, depressão, medo, de vergonha, e de ansiedade logo após o diagnóstico mas que a medida que aceitam a doença vão se desenvolvendo novos sentimentos, sendo estes positivos, que dão uma nova forma de viver destes portadores.

Ainda neste contexto ao dar voz aos utentes portadores de VIH/SIDA para expressarem, de forma conhecer a suas histórias de vida, auxiliou para um melhor entendimento das suas vivências, e entendeu-se que o preconceito apresentado pela sociedade ainda é uma questão que necessita de ser observada de perto pelas entidades sociais ou seja com a sociedade em geral.

É pertinente demonstrar que a única forma de combater o VIH/SIDA é apostando na prevenção como forma de passar informações e de fazer as pessoas terem a consciência própria e elevar mudanças de comportamentos, que podem trazer vantagens a nível mundial e garantir uma melhor qualidade de vida.

Quanto aos obstáculos de fato foram sentidas durante o percurso deste trabalho dada a veracidade de trabalhos desta natureza, mas no entanto com o empenho e dedicação pessoal e com a auxílio e apoio da orientadora foram superadas chegando a concretização do trabalho.

Com o término deste trabalho, pode-se salientar que a experiência foi extraordinariamente enriquecedora pois além de permitir aprofundar conhecimentos sobre a temática em estudo também permitiu ter novas amizades e ganhar a confiança de outras pessoas.

O cativante deste trabalho foi o fato de acompanhar trajetórias e histórias de vida de pessoas que vivem com esta doença, sem medo daquilo que venha acontecer no dia seguinte, sem medo daquilo que a sociedade pensa e critica, o que mostra que são pessoa potentes e com boa autoestima.

Para finalizar, com a execução deste trabalho deseja-se abrir novas portas para novas investigações e apresentar a relevância do tema em estudo direcionada a sociedade em geral. Também com este estudo pretende-se despertar um olhar distinto dos profissionais de saúde em especial aos enfermeiros em relação aos sentimentos desenvolvidos pelo portador de VIH de forma a entender a existência do portador em seu todo.

Para o desfecho do trabalho deixa-se uma pequena frase com elaboração própria no intuito de demonstrar o quanto o desenrolar deste trabalho cativou-me.

Atenção: Os portadores de VIH/SIDA são pessoas como nós, têm uma vida, têm desejos e possuem sentimentos como qualquer outro ser humano; todos gostamos de uma abraço um beijo, uma carícia, uma palavra de amizade. Porque ser indiferente? Juntos unidos conseguiremos combater o VIH/SIDA.

Propostas

Após a pesquisa realizada, levando em conta algumas fragilidades encontradas no que concerne sobre o tema elaborou-se as seguintes propostas:

- Realização de terapia de grupo na Associação (Abraço) que envolve utentes e familiares de forma que estes partilhem conhecimentos e sentimentos.
- Descentralização das consultas de rotinas e o seguimento dos portadores VIH/SIDA da Delegacia de Saúde para os Centros de Saúde existente em cada localidade facilitando assim o acesso ao tratamento pois muitos deles acabam por não aderir as consultas de rotinas e a toma da medicação devido a distância a percorrer.
- Formação específica para enfermeiros que trabalham com os utentes portadores de VIH/SIDA na Delegacia de Saúde de São Vicente já que é uma das entidades de saúde que trabalha com os portadores de VIH/SIDA, contribuindo assim para a criação de uma relação entre enfermeiro/ utente, garantindo o acesso ao serviço de saúde para a toma dos medicamentos e para as consultas de rotina, melhorando assim a qualidade de vida desses utentes.
- Parceria do Ministério de Saúde de Cabo Verde com outras farmácias, de forma que os utentes portadores de VIH possam levantar os medicamentos nos mesmos, não ficando restringidos só a farmácia do Hospital Batista de Sousa.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

Acadrolí, R.A.R.S e Silva, M.A (2014). *Conflitos e sentimentos familiares no conviver com o paciente portador de hiv/aids*. Estudos, Goiânia, v. 41, especial, p. 101-112, out. 2014. Acesso no dia 24 de abril em <http://seer.ucg.br/index.php/estudos/article/view/3811>

Almeida, L.M, (2005). Da prevenção primordial à prevenção quaternária. Volume. 23, Nº 1. Acesso no dia 28 de agosto em <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-suporte/cdi/cdi/setor-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/1-07-2005.pdf>

Andrade, R.G, Iriart, M.A (2015). *Estigma e discriminação: experiências de mulheres HIV positivo nos bairros populares de Maputo, Moçambique*. Caderno de . Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(3):565-574, mar, 2015. Acesso no dia 24 de abril em <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00019214>

Barroso, L.M.B, Brito, D.M.S, Galvão, M.T.G, Lopes, M.V.O (2010). *Utilidade da teoria de autocuidado na assistência ao portador do Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida*. Ata Paul Enferm 2010;23 (4):562-7. Acesso no dia 24 de abril em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000400019

Botti M.L, Leite G.B, Prado M.F, Waidman M.A.P, Marcon SS (2009). *Convivência e percepção do cuidado familiar ao portador de hiv/aids*. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 jul/set; 17(3):400-5. Acesso no dia 22 de julho em <http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a18.pdf>

Caetano, J.A, Pagliuca, L, M.F (2006). *Autocuidado e o portador do hiv/aids: sistematização da assistência de enfermagem*. Rev Latino-am Enfermagem 2006 maio-junho; 14(3) acesso no dia 26 de em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/pt_v14n3a06.pdf

Canini, S.R.M.S, Reis, R.B, Pereira, L.A, Gir, E, Pelá, N.T.R (2004). *Qualidade de vida de indivíduos com HIV/aids: uma revisão de literatura*. Rev Latino-am Enfermagem 2004 novembro dezembro; 12(6):940-5. Acesso no dia 19 29 de julho em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n6/v12n6a14.pdf>

Cardoso, A.L. Marcon, S.S e Waidmani, M.A.P (2008). *O impacto da descoberta da sorologia positiva do portador de hiv/aids e sua família*. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2008 jul/set; 16(3):326-32. Acesso no dia 24 de abril em <http://www.facenf.uerj.br/v16n3/v16n3a05.pdf>

Carvalho, S.M, Paes, G.O (2011). *A influência da estigmatização social em pessoas vivendo com HIV/AIDS*. Caderno. Saúde Colet., 2011, Rio de Janeiro, 19 (2): 157-63 acesso no dia 24 de abril em http://iesc.ufrrj.br/cadernos/images/csc/2011_2/artigos/csc_v19n2_157-163.pdf

Carvalho, C. M. D.E L, Galvão, M .T. G. *Enfrentamento da AIDS entre mulheres infectadas em Fortaleza – CE*. Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 90-7, 2008.

Costa J.P, Silva, L.M.S, Silva, M.R.F, Miranda K.C.L (2006). *expectativas de pacientes com HIV/AIDS hospitalizados quanto à assistência de enfermagem*. Rev Bras Enferm 2006 mar-abr; 59(2): 172-6. Acesso no dia 29 de agosto de 2016 as as 10:11 <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n2/a10.pdf>

CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS). (2015). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília;

Cláudio, v, e Mateus (2000). *Livro Sida: Eu e os Outros*. 1ªEdicao Lisboa

CPLP-Comunidade dos Países de Língua Portuguesa/ONUSIDA (2010). *Epidemia de VIH nos países de língua oficial portuguesa: Situação atual e perspectivas futuras rumo ao acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados*. 2ª Edição. Lisboa

CCS-SIDA- Comité de Coordenação do Combate a SIDA (2006-2010). Plano Estratégico Nacional de Luta Contra a SIDA (2006-2010). Praia.

Davavon, F. Sands, J.K. Neighbors, M. Marek, J. Green, C.J (2007). *Enfermagem Medico Cirúrgica: Perspetiva de Saúde e Doença*. 8ªEdicao. Lusodidática.

Diaz, R.S e Vázquez, V.S. (2012). *Infecção pelo HIV e Terapia do Antirretroviral em 2012*. Permanyer Brasil Publicações, são Paulo, Brasil.

Dias, I (2011). *Diagnóstico da Infecção do VIH/SIDA: Representações e efeitos nas condições laborais*. Lidel- edições técnicas Lda. Lisboa- Porto

Dochterman J.M, Bulechek G.M.; (2008) *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. 4ª. Edicao. Porto Alegre.

Duque, V. (2002) – *Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Perspetiva epidemiológica*. Coimbra: Minerva.

Feitosa, C.M, Silva, G.R.F, Leite, I.R.L, Moura, M.E.B, Monteiro, C.F.S, Pereira, L.A (2013). *Aplicação do nursing activities score em pacientes portadores de hiv/aids hospitalizados: relato de experiencia*. Rev Min Enferm. 2013 o DOI: ut/dez; 17(4): 952-958. Acesso dia 10 de agosto em <http://www.reme.org.br/exportar-pdf/898/v17n4a15.pdf>.

Ferreira, R.C.M, Figueiredo, M.A.C, Souza, L.B (2011). *Trabalho, hiv/aids: enfrentamento e dificuldades relatadas por mulheres*. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 16, n. 2, p. 259-267, abr./jun. 2011. Acesso no dia 31 de julho em <http://www.scielo.br/pdf/pe/v16n2/a09v16n2.pdf>

Fernandes, A, Amaral; B, Carinhas, M.J, Vasconcelos, O, Horta, A, Alexandrino, A.M, Marques, L (2014): *Transmissão Mãe-Filho da Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana*. Revista de pediatria do centro hospitalar do porto. Acesso no dia 29 de julho em <http://nascerecrescer.chporto.pt/RNCRevistatotal/2014VolXXIII2Revista.pdf>

Fortin, M. (1999). *O processo de Investigação: Da Conceção a realização*. Edições Técnicas e Científicas, Loures, Lusociência.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Editora Lusodidactica.

FNUAP. (2000). PROJETOAMOR A VIDA: *Manual do Multiplicador. Saúde Reprodutiva - Prevenção das DST/AIDS*. Fortaleza.

Freitas, J.G, Galvão, M.T.G, Araújo, M.F.M, Costa. E, Lima, I.C.V (2012). *Enfrentamentos experienciados por homens que vivem com HIV/Aids no ambiente de trabalho*. Revista Escolar Enfermagem USP2012; 46(3):720-6. Acesso no dia 22 de agosto em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/26.pdf>

Galvao, M.T.S e Paiva, S.S (2011). *Vivências para o Enfrentamento do HIV entre Mulheres Infetadas pelo Vírus*. Rev Bras Enferm, Brasília 2011 nov-dez; 64(6): 1022-7. Acesso no dia 11 de setembro em www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a06.pdf

Garcia, S e Koyama, M,A,H (2008). *Estigma, discriminação e HIV/Aids no contexto brasileiro, 1998 e 2005*. Rev Saúde Pública 2008;42 (Supl 1):72-83. acesso no dia 24 de abril

Guerra, M.P. (1998). *Sida: implicações psicológicas*. Lisboa Edição LDA

Instituto para Cidadania (2014). *Informação sobre os direitos humanos e o trabalho do mosaiko / instituto para a cidadania: Direitos das pessoas seropositivas*. Luanda, Angola.

Jamoulle, M. (2000). *Quaternary prevention: prevention as you never heard before (definitions for the four prevention fields as quoted in the WONCA international dictionary for general/family practice)*. Acesso no dia 30 de agosto em [www.ulb.ac.be: http://www.ulb.ac.be/esp/mfsp/quat-en.html](http://www.ulb.ac.be/esp/mfsp/quat-en.html)

Junior, W, B, Shiratsu, R. Pinto, V, (2009). *Abordagem nas doenças sexualmente transmissíveis*. Revista An Bras Dermatol. 2009;84(2):151-59. Acesso no dia 5 de abril de 2016 em <http://www.scielo.br/pdf/abd/v84n2/v84n2a08.pdf>

Lecour, H, Castro R.S. (2004). *História de uma epidemia. Infecção VIH/SIDA*. Porto, GlaxoSmithKline.

Lourenco, S.R.P.N. Afonso, H.G.M (2009). *VIH no feminino: vivência psicológica*. Rev Bras Enferm, Brasília 2009 jan-fev; 62(1): 119-24. Acesso no dia 21 de agosto de 2016 as 19:39

Luong, T. D. *O VIH/SIDA é uma doença, não um mal social. Presidente do Vietnam, Agence France Presse*. Acesso no dia 8 de agosto em <http://www.aidsportugal>.

Reis R.K, Gir E (2002). *Caracterização da produção científica sobre doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS publicados em periódicos de enfermagem de Brasil*. Rev Esc Enferm USP 2002; 36(4): 376-85. Acesso no dia 11 de agosto em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n4/v36n4a11.pdf>

Martins, T.A, Kerr, L.R, Kendell. C, Mota, R.M.S (2014). *Cenário Epidemiológico da Infecção pelo HIV e AIDS no Mundo*. Rev Fisioter S Fun., 2014 Jan- Jun; 3(1):4-7. Acesso no dia 17 de abril em <http://www.fisioterapiaesaudefuncional.ufc.br/index.php/fisioterapia/article/view/425/pdf>

Méier, M.J, Wall, M.L (2012). *Produção científica brasileira fundamentada na Teoria de Enfermagem de Orem: revisão integrativa Maria Lúcia*. Revista Bras Enferm, Brasília 2012 mai-jun; 65(3): 529-34. 5. Acesso no dia 29 de julho em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n3/v65n3a20.pdf>

Ministério de saúde de Cabo Verde (2011) Relatório Estatístico de 2006-2010. Acesso no dia 20 de julho em <http://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/-1/218-relatorio-estatistico2010/file>

Ministério de saúde de Cabo Verde (2012) Relatório Estatístico de 2011. Acesso no dia 30 de julho em www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/-1/247--78/file

Ministério de saúde de Cabo Verde (2013). Relatório estatístico de 2012. Paria, Santiago.

Ministério de saúde de Cabo Verde (2014). Relatório Estatístico de 2013 acesso no dia 30 de Julho em <http://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/-1/280--103/file>

Ministério da Saúde de Brasil (2007). Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e Aids: *Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis*. Acesso no dia 26 de julho em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_vertical_hiv_sifilis_manual_bolso.pdf

Ministério da Saúde Brasil (2008). *Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e aids*. 1ª Edição. Brasília.

Ministerio de saúde de brasil (2015). Infecoes Sexualmente Transmissiveis. Brasília. Brasil

Ministério da Saúde de Cabo Verde. (2005). *Segundo Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva*. Acesso no dia 13 de abril em <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR203/FR203.pdf>

Miranda, A. M. (2003) – *Evolução natural da infecção por VIH – Aspectos clínicos. Dossier VIH e SIDA*. Revista Portuguesa de Clínica Geral. 19: 587-597. Ver fonte

Mc Closkey, Joanne C. & Buleckek, Gloria M. (2004). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. 3ª Edição. Artmed;

Nóbrega, Maria; Garcia, Telma, (1992). *Uniformização da linguagem dos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Sistematização das propostas do II SNDE*. João Pessoa. Revista Ciência, Cuidado e Saúde. Maringá, v. 1, n. 1, p. 15-16, 1. sem. 2. Acesso em

23 2016 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671992000300016

Nogueira, V.P.F, Gomes, A.M.T, Machado, Y, Oliveira, D.C (2015). *Cuidado em saúde à pessoa vivendo com HIV/AIDS: representações sociais de enfermeiros e médicos*. Revista enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, 2015 mai/jun; 23(3):331-7. Acesso dia 29 de julho em <http://www.facenf.uerj.br/v23n3/v23n3a07.pdf>

Parker, R, Aggleton (2001). *Cidadania e Direitos Nº1: Estigma Discriminação e AIDS*. Brasil, Rio de Janeiro.

Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário de Angola (2012). *Mais e melhor Saúde*. República de Angola – Ministério da Saúde.

Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitario (2008). *Reformar para uma melhor saúde*. Volume II. Santiago, Praia.

Pinheiro, P.N.C, Vieira, N.F.C, Pereira, M.L.D, Barroso, M.G.T (2005). *O cuidado humano: reflexão ética acerca dos portadores do HIV/AIDS*. Revista Latino-am Enfermagem 2005 julho-agosto; 13(4):569-75 acesso no dia 30 de julho em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a16.pdf>

Prefeitura de Saúde de Brasil (2015). *Guia de Referência Rápida Infecção pelo HIV e AIDS, Prevenção, Diagnóstico e Tratamento na Atenção Primária*. 1ª Edição. Brasil.

Programa Nacional de DST e AIDS – manual dst (2004). Acesso dia 7 de julho em <http://www.aids.gov.br/assistencia/manualdst/item12.htm>

Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA (2012). *Recomendação Portuguesas para o tratamento da infecção por VIH-1e VIH-2*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Relatorio Global da ONUSIDA (2010). *A epidemia da aids no mundo*. Acesso no dia 20 de julho em http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/noticias/2010/11/Resumo_Dados_Globais_UNAIDS_2010.pdf

Ribeiro, C.T.M, Ribeiro, M.G, Araujo, A.P, Mello, L.R, Rubim, L.C, Ferreira, J.E (2010). *O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil*. Revista Panam Salud Publica. 2010;28(1):43–8. Acesso no dia de agosto em <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v28n1/v28n1a07.pdf>

Rocha, G.S.A, Angelim, R.C.M, Andrade, A.R.L, Aquino, J.M, Abrão, F.M.S, Aurélio, A.M (2015). *Cuidados de enfermagem aos indivíduos soropositivos: reflexão à luz da fenomenologia*. Rev Min Enferm. 2015 a br/jun; 19(2): 258-261. Acesso no dia 31 de julho em www.reme.org.br/exportar-pdf/1020/v19n2a20.pdf

Said, A.P, Seidl, E.M.F (2015). *Sorodiscordância e prevenção do HIV: percepções de pessoas em relacionamentos estáveis e não estáveis*. Interface (Botucatu). 2015; 19(54):467-78. Acesso no dia 12 de maio em <http://www.scielo.org/pdf/icse/v19n54/1807-5762-icse19-54-0467.pdf>

Santos, S.M.S, Rodrigues, J.A, Carneiro, W.S (2009). *Doenças sexualmente transmissíveis: conhecimento de alunos do ensino médio. DST - J bras Doenças Sex Transm* 2009; 21(2): 63-68 - ISSN: 0103-4065. Acesso no dia 26 de Março em <http://www.dst.uff.br/revista21-2-2009/4%20Doencas%20sexualmente%20transmissiveis%20COR.pdf>

Souza, M. (2000). *Assistência de Enfermagem em Infectologia*. Editora Atheneu. São Paulo.

Teixeira, M.G, Silva, G.A (2008). A representação do portador do vírus da imunodeficiência humana sobre o tratamento com os antirretrovirais. *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42(4):729-36. Acesso no dia 21 de agosto em www.ee.usp.br/reeusp/

UNICEF (1998). *A prescrição: Promovendo a Utilização Racional de Medicamentos e a Administração Correta de Casos nos Serviços Básicos de Saúde*. Acesso no dia 15 de abril http://www.unicef.org/prescriber/port_p16.pdf

UNGASS (2010) *Country Progress Reports*, Acesso no dia 10 de julho em <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/CountryProgress/2010CountryProgressAllCountries.asp>

Vieira, L.H e Silva, L.M.M (2011). *Discriminação do portador de hiv/aids no ambiente de trabalho: análise jurisprudencial*. *Revista Jurídica Cesumar - Mestrado*, v. 11, n. 1, p. 115-144, jan./jun. 2011 - ISSN 1677-6402 acesso no dia 4 de Junho em <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/revjuridica>

Vieira, M, e Padilha, M.I.C.S (2007). *O cotidiano das famílias que convivem com o hiv: um relato de experiência*. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, vol. 11, núm. 2, junio, 2007, pp. 351-357 acesso no dia 10 de julho <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127715306026>

Victor, A.F, Lopes, M.V.O, Araújo, T.L.A (2010). *Teoria do Deficit de Autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem*. *Escola Anna Nery* (impr.) 2010 jul-set; 14 (3):611-616. Acesso no dia 29 de julho em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a25>

ONUSIDA (2015). *Chegando á Zero: Estratégias de ONUSIDA 2011-2015*. Acesso no dia 26 de abril http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/JC2034 UNAIDS Strategy_pt.pdf

ONUSIDA (2015). *Tratamento 2015*. acesso no dia 21 de julho em <http://unaids.org.br/wp-content/uploads/2016/03/Tratamento-2015.pdf>

ONUSIDA/WHO *Epidemiological Fact Sheet* 2008, Acesso no dia 10 de Junho em www.apps.who.int/globalatlas/

ONUSIDA (2015). *El sida en cifras 2015*. Acesso no dia 7 de julho em http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_es.

OMS- (Organização Mundial de Saúde) (2005). Orientação para o Tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis. Genebra. Suíça.

OIT- (Organização Internacional do Trabalho) (2009). *A sua saúde e segurança no trabalho: uma coleção de módulos -sida e o local de trabalho*. Nova edição. Genebra

Waidman, M.A.P. Bessa, J.B, Silva, F.L.C (2011). *Viver com aids e sofrer psiquicamente*. Rev Rene, Fortaleza, 2011 jan/mar; 12(1):173-80. Acesso no dia 29 de julho em http://www.revistarene.ufc.br/vol12n1_pdf/a23v12n1.pdf

APÊNDICE

Apêndice I

Estádio I - Infecção aguda	Este estágio é caracterizado pela entrada do vírus de um organismo infetado para o não infetado, em mais de 30% a 40% dos casos, após um prazo de 2 a 4 semanas. É considerado como uma síndrome pseudo gripal, e apresenta alguns sinais como temperatura alta, cefaleia, erupção cutânea, disfagia, sensação de mal-estar geral e faringite.
Estádio II - Infecção assintomática	Neste estágio “não há manifestações clínicas, mas o exame serológico é positivo. Os indivíduos nesta fase, são chamados de seropositivos.
Estádio III - Síndrome de linfo adenopatia generalizada persistente	Este estágio é definido pela presença de adenopatias de tamanho superior a 1 cm e situadas pelo menos em duas áreas ganglionares fora das áreas inguinais, e persistindo após pelo menos 3 meses.
Estádio IV – SIDA	Este estágio traduz-se como a mais avançada da infecção por VIH e caracterizar-se pelo aparecimento de um conjunto de infeções e tumores oportunistas, que aproveitam do facto das defesas do organismo estarem enfraquecidos para atacar diferentes órgãos e sistemas.

Apêndice: II

Diagnostico NANDA/ Intervenções de enfermagem, NIC:

NFH afetada	Definição	Características definidoras	Fatores relacionados	Intervenções de NIC
Diarreia (1975)	Estado no qual o individuo experimenta uma mudança nos hábitos intestinais, caracterizada por frequentes e inevitáveis eliminações e não formadas.	Dor abdominal; Cólica; Fezes líquidas; Frequência aumentada das eliminações; Sensação de urgência para evacuar;	Efeitos adversos dos medicamentos;	Controle de infecção; Assistência no autocuidado; Precaução contra sangramento; Aconselhamento nutricional;
Disfunção sexual (1980)	Estado no qual o individuo experimenta uma mudança na função sexual que é vista como insatisfatório, não compensadora e inadequada	Verbalização do problema; Limitação real ou percebida da resposta sexual imposta pela doença ou terapia;	Alteração na estrutura do corpo ou função (processo de doença); Deficit no conhecimento ou habilidade para respostas alternativas e transição relacionada á sua saúde, doença e tratamento.	Aumento da autopercepção; Aumento da autoestima; Controlo do comportamento sexual; Aconselhamento sexual; Apoio na tomada de decisão;
Distúrbio da autoestima (1978, 1988)	Estado no qual o individuo verbaliza autoavaliação indevida (negativa ou positiva) podendo ser expressa diretamente ou indiretamente.	Verbalização de negativa sobre si mesmo; Expressão de vergonha ou culpa; Medo de tentar situações novas;	Adaptação a doença sabendo que uma enfermidade crônica. O preconceito; A rejeição A sexualidade;	Aconselhamento; Controle do humor; Aumento da autoestima; Apoio na tomada de decisão; Prevenção contra o uso de substâncias; Terapia de grupo;
Integridade da pele prejudica (1975)	Estado no qual o individuo apresenta alteração na integridade da pele.	Invasão das estruturas do corpo;	Alteração do estado nutricional (emagrecimento); Deficit imunológico; Alteração no estado metabólico;	Cuidado com lesões; Monitorização de eletrólitos; Monitorização de sinais vitais; Terapia nutricional; Supervisão de pele; Controle de infecção;

Processo familiar alterado (1982)	Estado no qual família, que a normalmente funciona, efetivamente experimenta uma disfunção.	Sistema de familiar incapaz de atender as necessidades emocionais dos seus membros; Inabilidade para expressar ou aceitar sentimentos do membro família; Inabilidade em aceitar e receber ajuda; Sistema familiar incapaz e tender as necessidades dos seus membros;	Situação de transição de crise;	Suporte emocional; Melhoria no enfrentamento; Promoção de normalidade; Aumento do sistema de apoio; Promoção do envolvimento da família; Facilitação de visita; Promoção da integridade familiar; Suporte á família;
Proteção alterada (1990)	Estado no qual o individuo tem diminuição da capacidade de defender-se de ameaças internas ou externas tais como doenças e injurias.	Imunidade insuficiente; Tosse; Calafrios; Prurido; Insónia; Fadiga; Fraqueza	Nutrição inadequada; Perfis sanguíneos;	Controle de infeção; Assistência no autocuidado; Aconselhamento nutricional;
Ansiedade (1973, 1982)	Estado subjetivo no qual o individuo experimenta um sentimento de incómodo e inquietação, cuja fonte é, frequentemente, inespecifica	Medo; Angustia; Preocupação; Sentimentos de inadequação; Preocupações das novas mudanças em eventos de vida; Apreensão; Remorso;	Mudanças no estado de saúde; Mudança no ambiente	Redução da ansiedade; Presença; Intervenção em crise; Orientação antecipada; Distração; Aconselhamento;

Distúrbio no padrão de sono (1980)	Estado no qual o individuo apresenta alteração no período de sono, causando desconforto ou interferindo no estilo de vida desejado.	Queixa verbal de não sentir-se bem repousado; Mudança no comportamento e desempenho;	Alterações sensoriais internas (doenças, stress, psicológicos), ou externas (mudanças ambientais).	Auxiliar o paciente no controle do sono diurno; Discutir com o paciente/família as medidas de conforto, Proporcionar um ambiente calmo e seguro. Registrar e monitorar o padrão do sono e quantidade de horas dormidas;
Recusa há não tratamento da doença (1973)	Estado no qual o individuo resolve liberalmente, não aderir a recomendação terapêutica.	Comportamento indicativo de falha em aderir a terapêutica (por afirmação do utente ou pelas pessoas significativas); Testes objetivos revelando o não seguimento terapêutico (deteção de marcadores; Evidências do desenvolvimento de complicações; Falha no comparecimento nas consultas de rotinas; Evidencia na exacerbação dos sintomas; Falha na evolução;	Relacionamento inadequado estabelecido entre o cliente e o profissional de saúde; Sistemas de valores do paciente: crenças de saúde, influências culturais;	Criação de relação entre o profissional de saúde com o utente; Dialogar com utente sempre que necessitar;
Medo (1980)	Estado no qual o individuo apresenta um sentimento de temor relacionada a uma fonte identificável que ele pode verificar.	Habilidade para identificar o objeto de medo; Apreensão; Culpa; Vergonha; Imaginação aumentada;	Valores relacionados a morte e doença; Barreiras de comunicação;	Suporte emocional; Controle do ambiente; Aumento do sistema de apoio de saúde; Redução da ansiedade; Aconselhamentos; Intervenção em crise;

Apêndice: III

Exmo. Senhor

Presidente da Associação de Seropositivos de São Vicente

Sr. Ailton Lima

São Vicente, 15 de julho de 2016

Assunto: Solicitação de autorização para recolha de informação.

Rivanilda Soraia Sousa Fernandes aluna N° 2829 do 4º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, no âmbito do desenvolvimento do trabalho de conclusão do curso /monografia vem, por esta via solicitar a autorização para recolha de informações junto aos portadores de VIH/SIDA inscritos na Associação de Seropositivos de São Vicente sobre o tema **“Vivências e sentimentos dos utentes portadores de VIH/SIDA face a sua doença”**

O trabalho terá como objetivo geral:

- Conhecer a vivência e sentimentos dos utentes portadores de VIH/SIDA face a sua doença, inscritos na associação contra VIH/SIDA.

E como objetivo específico:

- Caracterizar os utentes portadores de VIH/SIDA, inscritos na Associação de Seropositivo VIH/SIDA de São Vicente (Abraço);
- Identificar os sentimentos desenvolvidos pelos utentes face a doença;
- Descrever as vivências desses utentes no contexto que se encontram inscritos;
- Conhecer a opinião dos utentes face a prestação dos cuidados de enfermagem;

Informa-se ainda que o trabalho será orientado pela metodologia qualitativa, sendo que a recolha de informações será feito mediante a aplicação de uma entrevista, devidamente validada para o efeito, e que o trabalho atenderá todos os princípios éticos inerente ao processo de investigação.

Email: rivanildafernandes@gmail.com Contato

devidamente validada para o efeito, e que o trabalho atenderá todos os princípios éticos inerente ao processo de investigação.

Antecipadamente gratos pela vossa colaboração, apresento-lhe com os respeitosos cumprimentos.

O requerente

Rivanilda Fernandes

Rivanilda Soraia Sousa Fernandes

Orientadora:
Teresa Pouteiro



Ailton M. Lopes Lima
Presidente
Associação ABRATO

Email: rivanildafernandes@gmail.com Contato

5211115

Apêndice IV

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Vivencia e sentimentos do utente portador de VIH/SIDA face a sua doença

Prezado (a) senhor (a):

Rivanilda Soraia Sousa Fernandes aluna do 4ºano do curso de Licenciatura em enfermagem da Universidade do Mindelo, gostaria de convidar-lo (a) a participar da pesquisa intitulada, **“Vivencia e sentimentos do utente portador de VIH/SIDA face a sua doença”** realizado na associação de luta contra VIH/SIDA (Abraço) em São Vicente.

O trabalho tem como objetivo geral: conhecer a vivência e sentimentos dos utentes portadores de VIH/SIDA face a sua doença, inscritos na associação de luta contra VIH/SIDA (Abraço) em São Vicente.

Gostaria de esclarecer que a sua participação é totalmente livre, podendo recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isso acarreta qualquer prejuízo a sua pessoa. Informo ainda que, as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade de modo a preservar a sua identidade.

Os benefícios esperados serão recolher o máximo de informações possível para dar resposta a questão do trabalho.

Informo que o senhor (a) não entregara e nem será remunerado por sua participação.

Caso tenha duvidas ou necessita de maiores esclarecimentos pode me contactar, Rivanilda Soraia Sousa Fernandes, 5211115, e-mail: rivanildafernandes@gmail.com

Este termo devera ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Mindelo, de 2016

Pesquisador Responsável

Concordo com os termos exposto e aceito colaborar com a pesquisa acima descrita, por minha livre e espontânea vontade.

2º Outorgante

Apêndice: V

Guião de entrevista

A-Características Geral

1-Sexo: Feminino: Masculino:

2-Idade:_____

3- Grau de escolaridade:

Analfabeto Ensino Básico qual:_____

Ensino Secundário qual:____ _

Licenciatura qual:_____

Outro _____

4- Profissão:_ _____

5-Há quantos ano é portador de VIH?

1 Anos 3 Anos 5 Anos 7 Anos Outros

6- Como adquiriu o VIH?

B-Conceitos inerentes ao tema em estudo;

7- O que significa para si vírus da imunodeficiência adquirida (VIH)?

7.1- O que significa para si Síndrome de Imunodeficiência Humana (SIDA)?

C-Sentimentos dos utentes portadores de VIH/SIDA;

8-Qual foi o impacto que essa doença causou na sua vida? Explique

8.1Quais foram os seus sentimentos após o diagnóstico? E agora?

Reação dos familiares após o diagnóstico;

9-Como é que os familiares reagiram ao saberem do diagnóstico?

9.1Recebeu apoio por parte dos familiares? Sim____ não ____ . Justifique

D-Vivência dos utentes portadores de VIH/SIDA;

10-Como é a sua vivência com os familiares, amigos, trabalho e na sociedade?

10.1-Quais as estratégias que adota como forma de conviver com essa doença?

E-Práticas de saúde praticada pelos portadores de VIH/SIDA;

11-Quais são as práticas de saúde que utiliza como forma de melhorar a sua qualidade de vida como sendo portador de VIH/SIDA?

11.1-Faz consultas de rotina como forma de controlar a sua doença? Sim____ não____ . Se sim, porque acha que estas consultas são importantes?

F-Opinião dos utentes face aos cuidados de enfermagem;

12-Recebe cuidados por parte dos profissionais de saúde? Sim___ não___. De que forma recebe estes cuidados de cada profissional?

12.1-Acha que os cuidados prestados pelos enfermeiros são suficientes? Sim___ não___
Justifica?